BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT,

MÉDECIN DES DISPENSAIRES,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME CINQUANTE-DEUXIÈME.



PARIS.

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE THÉRÈSE, N° 4.

1857

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Résumé sommaire des travaux publiés par le *Bulletin de Thérapeutique* pendant l'année 1856.

Quand il nous arrive parfois de parcourir le Répertoire de Plouc-quet, la Biographie du Dictionnaire des sciences médicales, la Pathologie interne de J. Frank, ou quelque autre ouvrage, produit laborieux de cette patiente érudition dont la littérature médicale contemporaine ne nous offre plus que de rares représentants, nous ne pouvons nous défendre d'une sorte de sentiment de tristesse. Qu'est-ce donc que l'homme? Qu'est-ce donc que la science? Depuis plus de vingt siècles, les théories succèdent aux théories, les observations mêmes rectifient les observations, et cependant l'homme poursuit toujours la solution du problème qu'il s'est d'abord posé, et les difficultés logiques de cette solution, et les labeurs incessants de la vie, rendue tous les jours plus difficile, et les ingratitudes de la société, qui jouit avec indifférence du bien qu'apportent avec elles des vérités si chèrement acquises. Rien ne décourage le médecin; il marche toujours avec la même ardeur dans cette voie douloureuse qui doit le conduire à un but placé si loin de lui. C'est que la destinée de l'homme se montre en toutes ses démarches : né pour la vérité, mais forcé de la chercher, comme s'il l'avait perdue, il faut qu'il lutte contre les obstacles qui se sont interposés entre elle et lui; il faut qu'il fasse effort pour soulever le voile sous lequel la nature l'a dérobée à ses yeux. Si dans la nécessité de cet effort paraît le signe de sa faiblesse, cet invincible instinct de connaître qui le soutient dans cette lutte, où il épuise ses forces, fait en même temps éclater sa grandeur. C'est la gloire de l'homme de chercher, c'est sa misère d'être obligé à chercher, lui qui trouve tant de bonheur dans

la possession de la vérité. Ainsi d'où qu'on parte, on arrive à cette grande et humiliante leçon, que le génie mélancolique de Pascal a si éloquemment exprimée : « Quelle chimère est-ce donc que l'homme ? quelle nouveauté, quel chaos, quel sujet de contradiction ! Juge de toutes choses ; imbécile ver de terre ; dépositaire du vrai ; amas d'incertitude ; gloire et rebut de l'univers : s'il se vante, je l'abaisse ; s'il s'abaisse, je le vante ; et je le contredis toujours, jusqu'à ce qu'il comprenne qu'il est un monstre incompréhensible ». Nous n'avons pas craint de soumettre à la méditation de nos confrères cette austère vérité. Si peu qu'avec leur dévoué concours nous fassions pour la science, nous pensons que nos efforts ne seront pas tout à fait vains, si, au milieu des obscurités de celle-ci, nous parvenons à mettre en lumière quelques vérités dont l'humanité tout entière est appelée à bénéficier. Echo libre de tous les hommes de bonne volonté, le journal que nous avons l'honneur de diriger suivra toujours modestement et sans beaucoup de bruit le sillon qu'il a ouvert sur le terrain de la science. C'est bien moins pour nous féliciter du résultat que pour nous rendre compte à nous-même et à nos collaborateurs dans cette œuvre de tous du chemin que nous avons fait, qu'il nous paraît bon de récapituler sommairement les travaux de l'année qui vient de finir ; la route parcourue ainsi jalonnée, l'œil voit mieux le chemin qui lui reste à faire pour arriver au but.

Par cela même que nous avons surtout en vue de servir les besoins quotidiens de la pratique commune, c'est surtout aux questions bien limitées que nous réservons une large place dans les colonnes du *Bulletin général de Thérapeutique*. Pour que des travaux d'un autre ordre y reçoivent une bienveillante hospitalité, il faut qu'ils se rattachent à une de ces questions que leur extrême importance rend toujours actuelles, si nous pouvons ainsi dire, et que la solution qu'ils apportent, ou au moins qu'ils poursuivent, soit de nature à influer utilement sur la pratique générale. Tel nous a paru être le caractère d'un travail estimable de M. le docteur Saucerotte, se proposant pour but l'étude de l'influence de la saignée, considérée d'une manière générale, et que nos lecteurs n'ont certainement pas oublié. Dans toutes les réactions qui suivent la chute d'une théorie trop facilement acceptée, presque toujours le but est dépassé ; tant il est malaisé à l'esprit de l'homme, si impatient de l'erreur, de se tenir dans les limites du vrai. Ainsi il en a été incontestablement de la critique s'appliquant à la doctrine physiologique : au milieu d'erreurs dangereuses, qu'elle a heureusement combattues et chassées des esprits les plus rebelles, elle n'a pas toujours su distinguer quel-

ques vues profondément vraies, et qui font de la saignée pratiquée par une main habile une des plus précieuses ressources de la thérapeutique. Pour que le travail de l'intelligent médecin de l'hôpital de Lunéville eût toute la valeur qu'il eût assurément pu lui donner, il aurait fallu qu'il rattachât plus expressément qu'il ne l'a fait, qu'il n'a pu le faire peut-être, les indications de cette puissante ressource thérapeutique aux conditions morbides diverses qui peuvent la commander. Nous sommes convaincu que ce *desideratum* que nous signalons n'a été de sa part que de la discrétion. Dans tous les cas, même à ce point de vue très-général, c'était une bonne pensée que de ramener les esprits à cette question, et d'en prémunir quelques-uns peut-être contre les exagérations d'une critique excessive. Remarquez bien que cet excès dangereux, il n'y a pas que des praticiens vulgaires qui puissent y tomber. Double, cet homme si judicieux, mais cet adversaire passionné de la doctrine du Val-de-Grâce, Double a péri victime de son implacable résistance à tout ce qui sortait de cette doctrine erronée. Atteint d'une apoplexie pulmonaire, qu'une saignée opportune eût probablement enrayée, il n'a jamais consenti à se laisser tirer du sang. Magendie, dont tout le monde sait l'opposition énergique au même ensemble d'idées, en était venu sur ce point à priver ses malades atteints de pneumonie des incontestables avantages de la phlébotomie. On le voit par ces exemples, qui doivent d'autant plus frapper qu'ils viennent de plus haut, ce n'était donc pas une œuvre stérile qu'entreprenait M. Saucerotte en traitant cette question, et le *Bulletin de Thérapeutique* est heureux qu'on en puisse lire la discussion dans ses colonnes.

Une question qui avait eu un grand retentissement à la fin de l'année dernière au sein de l'Académie de médecine, c'est celle de l'utilité des exutoires permanents dans le traitement des maladies. Cette question, déjà plusieurs fois traitée dans ce journal, était loin d'être épuisée et demandait à être traitée au point de vue même où elle avait été posée. C'est M. Max Simon qui s'est chargé de ce soin. Après s'être moqué du bon sens dans la culture des sciences, on s'était moqué de la tradition qui en est l'écho séculaire ; le savant auteur de la Déontologie médicale a vaillamment défendu l'une et l'autre, et a montré que la pratique de tous les jours confirme, sur l'utilité des exutoires dans certaines conditions, les leçons univoques de l'expérience antique. L'illustre professeur de la Faculté de médecine de Paris avait, en soutenant cette thèse imprévue, montré une fois de plus la souplesse d'un talent qui semble toujours grandir en proportion des difficultés des questions ; le modeste solitaire

de la Normandie a su, lui aussi, faire parler les mots dans le sens de la vérité. La verve ne nuit pas à la fortune de la science, les leçons de l'expérience bégayées passent et s'oublient, mieux articulées, elles impressionnent plus vivement l'intelligence et restent.

Un de nos plus savants collaborateurs, dont l'esprit se plaît dans la région élevée des abstractions, point de départ ou aboutissant forcé de toute science largement conçue, M. le professeur Forget ne manque presque jamais de toucher, au moins une fois chaque année, à une de ces questions générales qui sont au fond de toute question limitée de la pratique. Le *Bulletin de Thérapeutique* est fier de servir d'écho aux leçons d'un maître aussi autorisé que le professeur de clinique interne de la Faculté de médecine de Strasbourg. La question de cet ordre qu'a traitée cette année dans le *Bulletin* M. le professeur Forget a trait aux indications thérapeutiques. Habile à manier l'analyse, le médecin de Strasbourg étudie ici ces indications au point de vue des éléments divers qui constituent, en quelque sorte, le fond des maladies. Ce serait refaire, et beaucoup moins bien assurément, le travail du savant professeur de clinique interne que de reproduire, même sommairement, sa pensée. Nous nous contenterons d'en marquer ici la place, comme exemple d'une des plus intéressantes discussions qu'agite la pathologie générale.

Parce qu'il a étudié l'helminthiase dans un bon nombre d'affections qu'elle peut compliquer, nous placerons à côté des travaux précédents celui de M. Anciaux, sur les accidents produits par les ascarides lombricoïdes et sur leur traitement. Que les accidents variés que M. Anciaux rapporte à cette cause se puissent produire sous cette influence, nous ne le mettons pas en doute : les faits péremptoires qu'il cite, et qui viennent confirmer la vérité d'observations nombreuses et authentiques, consignées dans les annales de la science, le prouvent surabondamment. Mais le but principal que s'est proposé le médecin belge n'est pas d'étudier l'helminthiase comme simple complication, mais bien comme une maladie nettement définie, qui a ses phases d'évolution comme toute affection pathologique, et qui peut aboutir à une véritable cachexie. Il y a dans ce travail, outre une entente parfaite des moyens thérapeutiques qui peuvent efficacement combattre le mal, des vues élevées sur son étiologie, et qui méritent certainement de fixer l'attention des médecins, de ceux-là surtout qui pratiquent dans les mêmes conditions que l'honorable médecin belge.

La question traitée par M. Anciaux, qui confine à la fois à la pathologie générale et à la médecine pratique proprement dite, nous

conduit par une transition naturelle à l'objet principal des études que poursuit le *Bulletin de Thérapeutique*, la thérapeutique appliquée qui, une maladie nettement définie, se propose d'en déterminer la médication.

Un de nos collaborateurs dont nos lecteurs ont pu apprécier les travaux, M. Hervieux, avait, sous le nom d'algidité progressive, fixé l'attention sur un état général des nouveau-nés, qui a toujours une signification pronostique extrêmement grave. Un des médecins les plus habiles des hôpitaux de Paris, M. Legroux, a approfondi davantage cette question, et a montré que cette algidité progressive, comme le sclérème avec lequel elle coexiste souvent, sont, dans les conditions dont il s'agit, l'expression symptomatique d'un vice d'hématose par débilité. Une prédisposition native, la naissance prématurée, l'immobilité à laquelle tant de pauvres petits êtres sont condamnés par la misère ou le crime dans les premiers jours de leur vie, telles sont les causes les plus générales qui, en laissant le développement musculaire inachevé, paralysent les mouvements respiratoires et ne permettent qu'une hématose incomplète. De là le sclérème, de là l'algidité progressive, de là une asphyxie lente qui tue, si l'art n'intervient activement. Nous renverrons nos lecteurs au mémoire même du sagace médecin de l'Hôtel-Dieu, pour la direction habile qu'il faut donner à l'hygiène, à la thérapeutique, quand on veut combattre avec quelques chances de succès un ensemble de conditions si profondément hostiles à la vie, à la prospérité de la vie. Voilà la véritable science, dans l'enchaînement logique des phénomènes de la maladie, elle remonte aussi loin qu'elle peut remonter, et part de là pour ramener l'organisme vivant à ses conditions normales.

Bien que de nombreux travaux aient été publiés, en vue de déterminer l'utilité de l'huile de foie de morue, dans un certain nombre de maladies, c'est encore là un chapitre de la thérapeutique médicale sur lequel on devra revenir plus d'une fois. Convaincu de cette vérité, nous n'avons pas hésité à insérer dans les colonnes du *Bulletin* un résumé d'un travail intéressant du docteur Peadlam Greenhow, relatif à cette question. C'est de l'application de l'huile de foie de morue au traitement prophylactique ou curatif de la phthisie pulmonaire qu'il s'agit dans le travail de notre savant confrère d'outre-Manche. Il résulte incontestablement, suivant nous, de ce travail, que cet agent thérapeutique puissant peut ajourner l'explosion de la diathèse tuberculeuse dans un organisme prédisposé, et que cette diathèse une fois en possession de l'organisme, il peut en

enrayer le développement, en faire taire quelques-unes des plus graves manifestations. Tout le monde est à peu près d'accord sur ce point, en renfermant cette efficacité dans des limites plus ou moins restreintes, et la dissidence ne commence que sur cette question, l'huile de foie de morue peut-elle guérir la phthisie? Ici, nous le confessons encore une fois, nous n'oserions répondre affirmativement. Cependant qu'on lise attentivement le mémoire de M. Peadlam Greenhow, et nous sommes persuadé qu'on s'y convaincra que la question peut, doit même être posée. Nous ne sommes plus au temps où un anatomisme étroit faisait consister toute la maladie dans la lésion rencontrée dans les solides; on sait que plus loin que les solides il y a sang, qu'au delà du sang il y a les forces dont les habitudes pathologiques peuvent être corrigées; que par une hygiène et une médication qui peuvent modifier d'un seul coup l'économie vivante, on peut la soustraire à des influences morbides, dont la chronicité semble appeler naturellement les médications à long terme. En face d'une maladie comme la phthisie, surtout, qui fait chaque année dans nos pays septentrionaux de si nombreuses victimes, ne nous lassons pas de chercher: c'est ici surtout qu'il faut généreusement faire crédit à l'avenir. Nous reviendrons plus d'une fois à la question de l'utilité de l'huile de foie de morue, d'abord parce que c'est là sans aucun doute un des plus profonds modificateurs de l'économie, et ensuite parce que, si nous sommes bien informé, cet agent est un de ceux que les homœopathes se plaisent le plus à décrier dans le monde: C'est un mets d'Esquimaux et de Lapons, disent-ils, c'est une honte d'y condamner des civilisés [1]. On comprend cet anathème; aux doses où elle se prescrit, l'huile de foie de morue est l'antipode de la doctrine des ombres. Mais passons, c'est faire trop d'honneur à cette pseudo-science que de la nommer seulement.

M. Michea, dont tout le monde connaît l'intelligente initiative en thérapeutique appliquée, poursuit toujours ses intéressantes études sur l'action des agents thérapeutiques les plus énergiques dans les maladies du système nerveux. Cet habile observateur a encore enrichi cette année le journal, le *Bulletin de Thérapeutique*, de travaux entrepris dans la même direction. L'épilepsie, la chorée, l'asthme nerveux ont, été tour à tour de la part de cet habile médecin l'objet de remarques intéressantes. Il nous semble difficile de révo-

(1) Ce sont les paroles mêmes d'un homœopathe, un des légats d'Hanhemann à Paris, à une bonne mère de famille, qui nous les a répétées textuellement.

quer en doute, par exemple, l'influence heureuse de l'arsenic, exercée sur une jeune malade atteinte de chorée, et que M. Aran a compendieusement rapportée. Rien de plus obscur que cette maladie, rien de plus obscur que le mode d'influence qu'y exerce la thérapeutique la plus heureuse qui s'y applique. Quels rapports y a-t-il entre l'acide arsénieux, la gymnastique et l'immobilisation? comment des influences si diverses aboutissent-elles en fin de compte, dans quelques cas au moins, à un même mode d'action sur l'organisme convulsivement agité par la chorée? Un médecin de Lyon, M. Nicod (d'Arbens), a rapporté un cas que tous nos lecteurs se rappellent sans doute, tant il était bien exposé, d'une chorée guérie par l'emmaillottement général du corps pendant quarante-huit heures, et dans laquelle avaient échoué les moyens les plus rationnels et les plus variés. La pensée de cet emmaillottement a été chez le médecin de Lyon une heureuse inspiration. Mais ce qui donne au moyen employé une plus grande valeur, c'est que Van-Swieten rapporte également un fait analogue, et dans lequel l'immobilisation, si elle n'a radicalement guéri, a au moins très-heureusement réprimé le désordre choréique chez une jeune fille chez laquelle ce désordre était porté au plus haut degré. M. Blache combat efficacement le même désordre par le mouvement raisonné des muscles, si nous pouvons ainsi dire ; ce n'est point là de l'immobilisation, mais c'est une autre mobilisation, si l'on veut bien nous permettre le mot : là est le rapport. Mais il n'en est pas de même de l'acide arsénieux. Cet agent énergique stupéfie-t-il le système nerveux, en tant que régularisateur du mouvement? Mais comment comprendre cette action ainsi localisée dans un centre qui aboutit à tout dans l'organisme? Quoi qu'il en soit, acceptons le fait, s'il est vrai; l'explication viendra si elle peut. Un moyen d'une non moins grande énergie paraît également n'avoir pas été sans efficacité entre les mains de M. Michea, dans deux maladies également rebelles à la thérapeutique; ce moyen c'est le valérianate d'atropine, ces maladies, ce sont l'épilepsie et l'asthme. Nous savons toute la réserve qu'il faut apporter dans l'appréciation de l'efficacité des agents thérapeutiques en face de maladies qui, comme l'asthme et l'épilepsie, n'ont rien de constant dans leur marche, et qui, dans leur périodicité irrégulière, échappent à toute prévision. Mais cette réserve, sous peine de fermer toute porte au progrès, ne doit point aller jusqu'à une négation systématique. Le hasard, qui guérit souvent, est bien près d'être de la science. Pour nous, nous sommes plus libéral envers l'observation. Quand elle se présente honnête, éclairée, nous accep-

tons, au moins provisoirement, ses résultats. Ceux-ci, mis tout d'abord en lumière par des hommes autorisés, sont nécessairement soumis à une vérification qui en détermine la valeur ; c'est à cette unique condition que peut véritablement progresser la science : le scepticisme lui est mortel.

On a fait beaucoup de bruit dernièrement autour d'un autre valérianate, le valérianate d'ammoniaque. Nous le confessons encore, malgré cet éclat, nous ne sommes pas encore complétement édifié sur l'efficacité de cet agent nouveau. D'ardentes rivalités menaçaient de se donner rendez-vous sur le terrain de cet antispasmodique, ceci soit dit sans aucune intention de faire un mauvais jeu de mot; pour voir clair nous-même dans cette question, nous avons libéralement ouvert les colonnes de notre journal à tous les combattants. Pour ce qui est de la priorité de la conception chimique de cet agent, nos lecteurs savent à quoi s'en tenir, puisque nous avons tour à tour donné la parole à MM. Laboureur et Pierlot. Quant à l'efficacité du valérianate d'ammoniaque dans les névralgies, malgré l'affirmation explicite de M. le docteur Déclat, comme malgré les dénégations de M. le docteur Legrand, nous pensons que la question doit encore être étudiée : elle le sera. Nous serions heureux qu'il sortît de là un résultat conforme à nos présomptions. Quelque puissant que soit cet agent nouveau, qu'on n'oublie pas cependant que, dans un grand nombre de cas, les névralgies sont sous la dépendance d'états diathésiques qui veulent, avant tout, être combattus. Le valérianate d'ammoniaque eût-il vis-à-vis des névralgies la puissance du sulfate de quinine vis-à-vis des fièvres d'accès, qu'il pourrait suspendre le mal, mais ne le guérirait plus tant que la diathèse, dont la névralgie est la marque, n'aura pas disparu. Un de nos anciens collaborateurs, auquel nous sommes heureux d'exprimer en passant un regret bien senti, Sandras, a étudié magistralement cette question et l'a, on peut le dire, supérieurement résolue.

(La fin au prochain numéro.)

De la saignée des veines ranines dans les maladies du pharynx.

Par le docteur M. MESTIVIER.

I. La saignée des ranines, dont l'usage est si généralement oublié par les médecins de notre époque, a pourtant joui d'une grande faveur dans les premiers temps de la médecine ; on l'employa jusqu'à une époque qui n'est pas même très-éloignée.

Pourquoi l'a-t-on mise ainsi de côté ? Est-ce à cause du procédé

opératoire, ou bien faut-il s'en prendre à la mode? Il est difficile de le dire ; toujours est-il que, des différentes saignées locales, jadis en honneur, c'est celle qu'on a le plus oubliée peut-être et dont on s'étonne le plus aujourd'hui.

Depuis la découverte de la circulation et des conséquences physiologiques qui en découlèrent, les saignées locales ont été détrônées par la saignées du bras, plus prompte dans ses effets et plus commode en général, il faut bien en convenir. Je ne prétends certainement pas dire que c'est à tort ; mais il me paraît incontestable qu'on est allé beaucoup trop loin, et qu'en excluant de la pratique certaines saignées locales, on s'est privé d'avantages réels et certains. C'est ce qui est arrivé pour la saignée à la langue. J'examinerai tout à l'heure à quoi a tenu ce délaissement.

Ce qui m'a donné l'idée d'aborder un tel sujet, si en dehors de ceux que l'on choisit ordinairement, c'est la pratique que je vois suivre, dans le pays où je suis né, par quelques praticiens instruits, mais tellement absorbés par l'exercice fatigant de la médecine à la campagne, qu'ils n'ont jamais rien publié à cet égard ; c'est le nombre immense de saignées à la langue qui y sont faites avec succès dans les angines, nombre si considérable qu'il serait impossible de le chiffrer, et que je n'exagère pas en disant que mon père en a fait à lui seul plus de quinze cents dans une pratique de vingt ans.

Cette abondance de saignées à la langue est en rapport avec la quantité d'angines, qui sont endémiques dans le pays. La cause en est dans l'exposition du sol et dans les brusques variations de température qui s'y manifestent plusieurs fois par jour.

Cette contrée, qui s'étend depuis Blaye, au sud, jusqu'après Royan, au nord, forme une vaste plaine bornée à l'ouest par le large fleuve de la Gironde et à l'est par une chaîne de collines qui constituent ce qu'on appelle la partie haute du pays. Cette plaine, qui formait autrefois un vaste marais que les Hollandais commencèrent à dessécher en 1620, et dont le desséchement est aujourd'hui complet, grâce à des travaux qui sont un modèle en ce genre et qui ont fait du sol un des plus fertiles qu'on puisse citer, s'étend sur une longueur de 75 kilomètres et sur une largeur de 4 kilomètres, présentant ainsi une vaste surface refroidie par de fréquents vents d'ouest dus au voisinage de l'Océan. On conçoit qu'à certaines époques de l'année où il fait très-chaud, de nombreuses maladies inflammatoires atteignent les travailleurs occupés dans ce pays plat, n'offrant aucun arbre pour s'abriter et à peine quelques cabanes isolées. C'est

en effet ce qu'on y remarque : la pneumonie, la pleurésie, les angines, voilà les trois grandes affections qu'on y traite.

C'est contre ces dernières que plusieurs médecins emploient la saignée à la langue.

Quant à ce fait presque étrange de la relégation de cet usage dans ce pays, il est bien difficile d'en trouver la raison. Mais son emploi s'y trouve justifié par ce que je viens de dire et par les bons résultats qu'on en obtient, résultats si satisfaisants que la saignée à la langue est devenue d'un usage vulgaire, et que maintes fois des malades l'ont imposée à leurs médecins, prévenus contre un tel usage ou n'en ayant jamais entendu parler. Ce que j'en dirai sera donc l'expression de ce que j'ai vu ; j'y joindrai certaines appréciations qui me sont personnelles, certaines remarques que j'ai pu faire à cet égard, et enfin les observations et les conseils que j'ai puisés soit dans des notes de mon père, soit dans la bonté et la complaisance de certains médecins, et en particulier dans celles de M. le docteur Chaparre, de Saint-Fort, lequel m'a devancé déjà en publiant un article relatif au sujet qui m'occupe dans la Gazette hebdomadaire du 27 avril 1855.

Mais je crois utile auparavant de présenter quelques considérations historiques sur mon sujet.

II. La pratique consistant à ouvrir les veines sublinguales dans l'*esquinancie* était suivie et conseillée par Hippocrate. On trouve les préceptes qu'il donne à cet égard dans plusieurs passages des livres hippocratiques. Ces préceptes, qui paraissent fort sages, peuvent se résumer en deux points :

1° Que la saignée de la langue est utile dans les cas d'esquinancie inflammatoire ; 2° qu'il ne faut pas la pratiquer d'emblée, mais bien après l'avoir fait précéder d'une ou de plusieurs saignées du bras (*de Morbis*, lib. III, cap. x ; Charter, t. III, p. 136 ; *de Victu in morbis acutis*, Charter, t. XI, p. 136).

Le second de ces préceptes est le plus important ; aussi tous ceux qui l'ont mis en pratique en ont retiré de véritables succès. Cependant Hippocrate ne dit pas si dans tous les cas il faut préalablement ouvrir la veine du bras.

Dans certains cas que j'indiquerai plus loin, on verra que la simple saignée à la langue faite seule est souvent suffisante.

Après Hippocrate, nous trouvons cette opération indiquée et mise en pratique successivement par Celse et Arétée.

Le premier l'indique, dans l'angine, d'une manière spéciale ; le texte est positif à cet égard : « Utilissimum est incidere satis altis

« plagis sub ipsis maxillis, supra collum et in palato circa uvam, *vel* « *eas venas quæ sub lingua sunt*, ut per ea vulnera morbus erum- « pat [1]. »

Celse était, du reste, un grand partisan des saignées locales, ainsi que l'indique encore le passage suivant : « Mitti vero is (sanguis) « debet si totius corporis causa sit, ex brachio : si partis alicujus *ex* « *ea ipsa parte, aut certe quam proxima*, quia non ubique mitti « potest, sed in temporibus in brachiis juxta talos [2]. »

Quant à Arétée, il se contente de l'indiquer, sans s'y appesantir beaucoup ; il insiste plutôt sur les topiques [3].

Nous voyons donc que, dès les premiers temps de la médecine, cette pratique était suivie et indiquée ; la manière dont elle l'est doit même faire penser que c'était un usage assez commun et général.

Plus tard nous retrouvons d'autres auteurs célèbres où il en est question : ce sont Galien, Cœlius Aurelianus, Alexandre de Tralles.

Ces trois auteurs, que Sprengel, dans son histoire de la médecine, place dans la seconde époque médicale, la pratiquaient en effet.

On trouve que Galien la conseille comme un fort bon moyen dans les inflammations de l'arrière-bouche.

Cœlius Aurelianus en était un grand partisan, et dans les angines très-inflammatoires il ne s'en contentait pas, mais il faisait des scarifications à la langue : « Si major fuerit tumor, ipsam quoque « linguam scarificabat, atque fauces et palatum tenui et longiore « phlebotomo [4]. »

Mais c'est surtout ce qu'Alexandre de Tralles, célèbre chirurgien du sixième siècle, a écrit sur la cure de l'esquinancie, qui mérite la plus grande attention :

« La saignée, dit-il, est plus nécessaire que toute autre chose dans la cure de l'esquinancie... Si la saigné ne détend point les parties et que la respiration et la déglutition ne deviennent pas plus libres, il faut ouvrir les veines de dessous la langue, ce qu'il ne faut pas renvoyer au lendemain, mais faire le jour même. Dans un cas pressant, j'ai saigné un malade de très-grand matin ; je lui ai ouvert les veines sublinguales à la pointe du jour, et, sur le soir, j'ai ordonné une purgation. »

---

[1] Celse, lib. II, cap. x, p. 81.
[2] *Loc. cit.*
[3] Aretæus, *de Curatione acutorum*, lib. I, cap. vii, p. 87.
[4] *Acutorum morb.*, lib. III, cap. iii, p. 188.

Alexandre de Tralles préférait même l'ouverture des veines ranines à celle des jugulaires, puisque un peu plus loin, dans le même passage, il ajoute : « J'ai ouvert avec beaucoup de succès les veines jugulaires au lieu des sublinguales, que je ne trouvai pas. » (Alex. de Tralles, liv. IV, p. 232). Cet auteur, comme Hippocrate, ne pratiquait pas cette saignée prématurément ; il ouvrait auparavant la veine du bras, ainsi qu'il résulte du passage que j'ai rapporté plus haut.

Après ces premiers auteurs, on trouve que les médecins arabes employèrent ce moyen. Rhazès, qui vivait au dixième siècle, et Avicenne, qui vivait au douzième, en parlent avec avantage. Lanfranc, qui professait la chirurgie à Paris, à la fin du treizième siècle (1287), la mettait aussi en usage, mais il la blâmait quand elle était faite prématurément : « Qu'on se donne garde, dit-il, de suivre le conseil de ceux qui prescrivent d'abord la saignée des veines qui sont sous la langue ; il arrive souvent que le malade périt par cette saignée, qui n'a point été précédée de celle du bras, principalement si le sujet est pléthorique. » (*Lanfranci Chirurg. mag.*, tract. 3, doct. 2, cap. v.)

Il y a certainement de l'exagération dans ces craintes de Lanfranc, lorsqu'il dit que cette opération faite d'emblée a causé la mort du malade ; mais il avait très-bien remarqué qu'elle était souvent inefficace, et les cas qu'il en cite s'accordent parfaitement avec ce que nous avons pu voir ; car, ainsi que nous l'exposerons plus loin, les saignées des ranines, qui suffisent souvent chez les sujets lymphatiques, sont très-souvent aussi sans résultat chez les individus pléthoriques, lorsqu'on ne les fait pas précéder d'une saignée du bras plus abondante. Lanfranc aurait donc dû ne pas appliquer son blâme à tous les genres d'angine, et au lieu de dire que le malade, surtout quand il est pléthorique, périt par cette saignée, il aurait dû dire qu'il périt malgré cette saignée, qui, faite seule, devient en réalité insuffisante, puisqu'elle n'est pas déplétive.

Guy de Chauliac, en 1363, donne dans sa Chirurgie le précepte de ne saigner les ranules qu'après avoir successivement ouvert les veines du pied et du bras. On ne comprend guère aujourd'hui pourquoi Guy de Chauliac préférait, dans une esquinancie, la saignée du pied à celle du bras. Aussi Laurent Joubert, dans ses annotations sur la Chirurgie de Guy de Chauliac, fait-il ressortir l'étrangeté de cette doctrine, en disant que cette maladie étant très-aiguë et le danger de suffocation prochain, il faut ouvrir la veine du bras comme plus voisine.

Nicolas Le Pois parle de cette saignée des ranules d'une manière très-avantageuse, et tout à fait dans le même sens qu'Alexandre de Tralles. (Nicol. Pisc., *de Cognoscend. et curand. morb.*)

P. Forestus, médecin célèbre du seizième siècle (1522), qui exerçait à Alkmaar en Hollande, en était un grand partisan; on pourrait même lui faire le reproche de l'avoir employée trop indistinctement dans toutes les affections de la bouche.

Dans le premier des quatre gros volumes de ses Observations, qu'on a publiés en 1653 à Rouen, on trouve un grand nombre de cas dans lesquels la saignée des ranules fut pratiquée. Par exemple, dans les douleurs et l'inflammation des gencives (Obs. XIV), dans les aphthes (Scholia 22), dans les tuméfactions de la langue (Observ. XXVIII), dans la grenouillette (Obs. XXIX), l'embarras de la parole (Schol. 31), la paralysie de la langue (Obs. XXXII); enfin, dans toutes les amygdalites et les angines, sans avoir égard aux causes qui les produisaient [1].

Mais, quelque exagérée que fût cette application, Forestus, de même que les auteurs que nous avons cités, pratiquait auparavant une saignée du bras; c'est après qu'il ouvrait les ranines : *post duas horas*, ainsi qu'il le dit dans un passage. On trouve, du reste, des observations fort curieuses dans son ouvrage.

Lazare Rivière (1589), professeur et praticien de la plus grande réputation, à Montpellier, est du même avis; il estime que les saignées du bras sont révulsives de la gorge, et ce n'est qu'après les avoir réitérées suivant le besoin, qu'il conseille la saignée des ranules, comme un moyen dérivatif capable de tirer *immédiatement* le sang qui cause l'inflammation [2].

Tulpius (1593) s'élève contre l'usage prématuré de cette saignée, et il la rejette même pour en avoir observé de très-mauvaises suites.

Au dix-septième siècle, nous trouvons des noms encore plus célèbres qui se rattachent à l'histoire de cette saignée, soit pour la conseiller, soit pour la repousser; mais on peut dire que la plupart l'approuvent quand elle est faite en temps opportun, c'est-à-dire selon la règle d'Hippocrate. Sans cette précaution, l'ouverture des ranines pourrait en effet être dangereuse, ou tout au moins être inefficace. C'est dans ce sens que s'explique Sydenham (1624), (sect. VI, cap. VII, p. 358); c'est aussi ce que dit Ettmuller, en ajoutant qu'elle

(1) Voyez le chapitre *de Faucium gutturis, gulæ affectibus et asperæ arteriæ*. (*Petri Foresti Alemariani Obs. et Curationes*, t. Ier; Rouen, 1653.)

(2) *Laz. Rivierii Prax. med.*, lib. VIII, cap. VII, *de Angina*.

ne convient que dans l'*estat* et lorsque l'esquinancie ne prend plus d'accroissement. Cependant il convient que la *saignée seule des ranules* peut prévenir l'esquinancie : « Quand on la sent venir, dit-il, on doit y avoir recours en cas que le corps ne soit pas trop replet, que l'effervescence du sang et la chaleur de la fièvre ne soient excessives, et que le mal vienne seulement de ce que le retour du sang est empêché par quelque obstacle. Dans ces circonstances, la saignée des ranules au commencement coupe chemin à l'esquinancie, sinon il ne la faut point faire que dans l'estat de maladie après les autres secours. » (Prat. gén. de méd., t. II; Lyon, 1691.)

Les médecins de Breslaw nous apprennent, dans l'histoire des maladies de cette ville, en 1699, que les gens du peuple voulaient absolument être saignés à la langue dans presque toutes leurs maladies. Ce fait si curieux ne prouve-t-il pas qu'on avait observé de bons résultats de la pratique de cette opération ?

Plus tard, Silva, Van Swieten, Quesnay, Chevalier, Lieutaud, en parlent avec avantage. Van Swieten, dans ses Commentaires sur les aphorismes de Boerhaave (t. II), apprécie l'usage de cette saignée, en fait même une étude critique, mais cependant n'ajoute rien à ce qu'on en avait dit avant lui.

Néanmoins, malgré tous les bons effets que cette saignée pouvait avoir, on la voit peu à peu abandonnée. A l'époque de l'Académie de chirurgie, on n'en parlait même plus que pour mémoire, et dans un article de Recolin sur l'esquinancie, inséré dans le quatrième volume des Mémoires de cette illustre société, on trouve cette condamnation de la saignée des ranines : « Quoi qu'il en soit, l'ouverture de ces veines est d'une faible ressource et a beaucoup d'inconvénients. »

On ne trouve aucune recommandation de la faire dans les auteurs de notre époque ; à quelques-uns elle est parfaitement inconnue, et son nom même excite le sourire de l'incrédulité. La raison de cet oubli doit se trouver certainement dans les applications vicieuses qui en ont été faites. La saignée du bras a aujourd'hui détrôné cette saignée ; c'est, du reste, le sort de toutes les saignées locales. Faut-il, ou non, s'en applaudir ? Voici, à cet égard, ce qu'on trouve dans une note de l'anatomie de M. Cruveilhier :

« L'étude des anastomoses veineuses devrait conduire à réhabiliter l'usage des saignées locales, tombé en désuétude depuis la découverte de la circulation, et permettrait de régler, d'après des données anatomiques, les points où ces saignées devraient être pratiquées : ainsi la saignée de la veine angulaire, pour les maladies

de l'œil ; celle de la région mastoïdienne et celle de la région qui répond à la jonction de la suture bipariétale avec la lambdoïde, pour les affections cérébrales ; *la saignée de la veine ranine*, dans les maladies du pharynx, me paraissent devoir être introduites de nouveau avec avantage dans la pratique médicale. » (Anat. descript., t. III, p. 59.)

III. Les ranines sont deux veines placées à droite et à gauche du frein de la langue (en dehors du muscle lingual inférieur), au-dessous de la muqueuse linguale, à travers laquelle elles apparaissent facilement quand on soulève la pointe de la langue.

Elles reçoivent les veines de cette muqueuse, principalement celles qui viennent des parties latérales de l'organe, lesquelles naissent elles-mêmes des papilles et des plis des bords de la langue, ainsi que de sa face inférieure. Ces veinules se dirigent obliquement en dedans pour se terminer dans les veines musculaires principales de la langue, c'est-à-dire les ranines.

Nous voyons, d'après cela, que les ranines, veines musculaires de la langue, sont aux précédentes ce que sont les veines profondes des membres aux veines sous-cutanées. Elles reçoivent donc directement tout le sang de la langue, et vont se jeter dans la veine jugulaire interne, après s'être anastomosées avec les veines pharyngiennes, et par là avec le plexus veineux si abondant qui se trouve sur les parties latérales du pharynx. La circulation veineuse de la langue est donc ainsi intimement liée à celle de ce dernier organe.

Il est nécessaire d'insister sur cette liaison pour bien apprécier l'effet de l'ouverture des ranines dans les maladies du pharynx.

Cela posé, examinons le procédé convenable pour ouvrir les ranines.

La saignée à la langue est tellement tombée en désuétude, que la plupart des auteurs de pathologie et de médecine opératoire n'indiquent pas de procédé pour la pratiquer, ou bien le seul qu'on ait décrit est très-défectueux et le plus souvent impraticable.

Heister, dans ses Institutions de chirurgie, dit qu'il faut d'abord mettre une ligature au col, puis, élevant la pointe de la langue de la main gauche, on incise les ranines.

Dionis indique le même procédé ; de plus il conseille d'envelopper la lancette d'une bandelette qui n'en laissera que la pointe découverte. (Cours d'opérat. chirurg., t. II.)

Tel est le procédé indiqué par tous les auteurs qui se sont successivement copiés à cet égard, procédé bien mauvais si l'on réfléchit à l'incommodité que l'on causera au malade en lui mettant au col une

ligature dont l'effet sera de congestionner encore plus les tissus enflammés et d'effrayer le malade qui en sera le sujet.

Je préfère la simplicité d'A. Paré, disant : « Aux squinances on ouvrira les veines au travers, qui sont sous la langue. »

Or, la manière la plus simple d'opérer, c'est de se placer tout simplement devant le malade, et là, sans lui mettre de ligature au cou, on lui fait tirer la langue, que l'on saisit à la pointe avec un mouchoir, pour bien la fixer; on l'élève alors, en ayant soin de ne pas la comprimer trop fort pour ne pas gêner la circulation veineuse ; les veines deviennent ainsi très-apparentes, et, avec une lancette, il est alors très-facile de les ouvrir *au travers*, comme dit A. Paré. Quelquefois on n'aura pas besoin de saisir la langue : le malade n'aura qu'à en appliquer la pointe derrière les incisives supérieures, et, écartant un peu les dents, il fera saillir la face inférieure de la langue entre les deux arcades dentaires ; sur cette face, on verra deux belles grosses veines qu'il sera très-facile d'ouvrir. L'incision est si peu douloureuse, que le plus souvent le malade ne remue pas du tout la langue quand il s'y sent piqué (1).

Il n'y a de difficulté que chez les enfants en bas âge : le meilleur moyen d'agir chez eux c'est de leur pincer le nez ; le besoin de respirer leur fait bientôt ouvrir la bouche et écarter les mâchoires ; on se sert d'un bouchon pour les empêcher de se refermer.

Un reproche qui paraîtra peut-être fondé au premier abord, c'est que cette saignée donne fort peu de sang ; mais quand on a pratiqué quelques saignées, on est étonné de voir que cet argument n'est pas fondé. J'ai entendu dire à mon père que 50 ou 60 grammes de sang obtenus par ce moyen agissaient plus efficacement que 150 ou 200 obtenus par une saignée ordinaire. De plus, ainsi que me l'écrivait M. Chaparre, ce n'est pas l'évacuation sanguine qu'il faut

---

(1) Le *Bulletin de Thérapeutique* a rappelé nombre de fois l'attention de ses lecteurs sur les bons effets de la saignée des ranines. Désireux de poursuivre la réhabilitation de ce moyen thérapeutique, nous publions avec empressement l'intéressant mémoire de M. Mestivier. Toutefois, convaincu par l'expérience que les plus petits détails ont souvent la plus grande influence sur l'avenir des procédés thérapeutiques, nous n'hésitons pas à dire que le manuel opératoire auquel se rallie notre jeune confrère n'est pas le meilleur. L'incision de la veine *en long* est de beaucoup préférable; l'ouverture du vaisseau est plus facile, elle fournit une plus grande quantité de sang et met mieux à l'abri de la blessure l'artère linguale. Fort de cette conviction, nous venons de prier notre collaborateur M. Aran, qui a très-souvent recours à cette saignée, de nous rédiger une note sur ce point spécial de la question. Ce travail suivra celui de M. Mestivier. (*Note du rédacteur en chef.*)

précisement envisager; mais, si vous considérez que, pour attaquer les ranines, vous êtes obligé de traverser une membrane muqueuse, vous vous demanderez si cet acte même ne produit pas un effet bien autre qu'une simple évacuation sanguine... Vous excitez la membrane muqueuse là où elle recouvre des glandes; vous obligez la langue à se mouvoir; vous faites opérer la succion; vous provoquez de la salivation : n'est-ce donc rien que tout cela! n'y apercevez-vous pas quelque chose de spécial, un excitant direct puisé dans l'organe le plus voisin du mal?

Le parallélisme se détruit facilement après cette saignée; il en résulte une petite tumeur sanguine, mais elle disparaît au bout de peu de temps. Il y a loin de cet inconvénient à celui des sangsues sur le cou d'une jeune femme, ou bien à celui qui résulte du prix élevé de ces annélides pour la bourse de certains habitants de la campagne.

On a dit encore que cette saignée avait été quelquefois mortelle. Je demanderai, à cet égard, s'il est une seule opération, même la plus simple, qui n'ait pas été suivie quelquefois de mort: que deviendrait alors la chirurgie si, pour cette cause, on les mettait de côté? — Ainsi je sais bien que Tulpius, Joseph Frank, Winckler, Hagerdam, citent des cas malheureux; mais il est probable que l'opération avait été pratiquée dans de mauvaises conditions, comme par exemple celles dont nous avons parlé.

On trouve des exemples de mort dans les Mélanges [1] et dans les Éphémérides des curieux de la nature [2]. Dionis en cite un d'une hémorrhagie mortelle, chez un enfant à la mamelle, à la suite de l'ouverture d'une ranine pendant la section du frein de la langue. Mais, en relisant avec attention ces diverses observations, on n'est pas bien convaincu que la mort soit arrivée par suite de l'ouverture seule de la veine; et comme dans aucun cas, pas même dans celui de Dionis, on n'a examiné la pièce, nous sommes fondé à croire que l'artère a pu être ouverte, et que c'est cette ouverture qui a été la cause des faits malheureux dont nous parlons. Je ferai remarquer, en effet, que parmi les médecins de mon pays qui emploient depuis longtemps la saignée à la langue, aucun n'a eu d'accidents graves à noter. *(La fin au prochain numéro.)*

---

(1) *Misc. nat. cur.*, ann. IV, obs. 101.

(2) *Ephem. nat. cur.*, cent. I, append., p. 188.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des kystes de l'ovaire et en particulier de leur traitement par la ponction abdominale et les injections iodées.

La discussion qui a eu lieu récemment à l'Académie de médecine sur le traitement des kystes de l'ovaire, sans être encore entièrement terminée, est arrivée cependant à une de ces phases où il est permis de mesurer le chemin qu'elle a parcouru et de rechercher l'influence qu'elle est appelée à exercer sur les destinées de la pratique. Cette influence, elle est plus grande à notre avis que ne le pensent quelques personnes, et si la discussion n'a pu ramener toutes les opinions à une unanimité que l'on ne retrouve probablement nulle part, si les dissentiments les plus tranchés ont éclaté entre les hommes les plus compétents au commencement de ce débat, on a pu remarquer la modification graduelle qui s'est produite dans les opinions extrêmes, à mesure que s'instruisait le débat ; et dans les circonstances actuelles, nous croyons qu'une conciliation serait possible entre des opinions qui semblaient par leur caractère absolu et radical devoir s'exclure complétement les unes les autres.

Pour bien comprendre les résultats définitifs que doit avoir cette discussion, il faut jeter les yeux autour de soi et se demander où en était, où en est même encore la pratique relativement au traitement des kystes de l'ovaire. Abandonnés à eux-mêmes, non pas seulement jusqu'à ce qu'ils aient donné signe d'existence, mais encore jusqu'à ce qu'ils apportent un trouble plus ou moins profond à l'exercice des fonctions importantes de l'organisme, ces kystes n'étaient et ne sont encore généralement combattus que par des ponctions, répétées aussi souvent que le nécessite la réplétion des kystes, ponctions *palliatives* en ce sens qu'elles font cesser momentanément les accidents auxquels la malade est en proie, mais qui n'apportent à vrai dire aucun changement au fond des choses, à l'état local, qui reste le même, au kyste qui se remplit de nouveau avec une désolante rapidité et qui oblige le praticien à rapprocher de plus en plus les évacuations artificielles du liquide.

L'appui quelque peu inattendu que les ponctions dites palliatives ont trouvé en des hommes aussi distingués que MM. Moreau et Trousseau, les arguments plus spécieux que solides que les deux savants académiciens ont mis en avant, cachaient trop mal l'insuffisance et, tranchons le mot, l'impuissance d'une pareille pratique, pour que la discussion pût rester longtemps sur un pareil terrain. Qu'importe en effet qu'une ou deux malades sur cent aient pu guérir par une

seule ponction palliative, qu'un certain nombre aient pu même, grâce à ces ponctions multipliées un assez grand nombre de fois, arriver à un âge avancé, si la plupart de ces malades, sinon toutes, ont fini par succomber aux progrès de leur maladie ? si surtout le plus grand nombre de celles traitées ainsi palliativement n'ont dû à ces ponctions qu'un soulagement momentané, qui ne les a pas empêchées de mourir dans un temps assez court ? Et les partisans des ponctions palliatives ont-ils cru faire quelque chose de favorable à leur opinion, lorsqu'ils ont insisté sur la possibilité de la mort à la suite d'une simple ponction ? n'ont-ils pas, au contraire, fait la plus amère critique d'une méthode de traitement qui expose ainsi les jours des malades, sans pouvoir rien leur assurer en retour des dangers qu'elle leur fait courir ?

Mais les ponctions palliatives n'auraient-elles pas par elles-mêmes quelque influence sur la marche de la maladie ? Ne pourraient-elles pas en précipiter la terminaison funeste ? C'est, à notre avis, la seule conclusion naturelle à tirer des statistiques qui ont été publiées par Southam, S. Lee, Kiwisch, etc., et qui se sont produites dans la discussion académique. Sur 132 malades, 71 sont mortes un an après la première ponction (25 peu de temps après la première opération, 24 dans les six mois suivants, et 22 dans la première année) ; des 61 restantes, 21 sont mortes dans la deuxième année, 11 dans la troisième, 13 dans les quatrième ou septième années, 7 n'ont pu être suivies, 3 ont été soulagées et 3 radicalement guéries. En sorte que plus de la moitié des malades traitées par les ponctions palliatives n'ont pas survécu plus d'une année à l'emploi de ce prétendu traitement, et que près des deux tiers avaient succombé avant la fin de la deuxième année. Mais en admettant, comme l'a fait M. le professeur Velpeau, que les statistiques se soient montrées trop défavorables aux ponctions palliatives, n'est-il pas vrai cependant que l'illustre professeur n'a pu accorder un délai de plus de six ou huit années aux malheureuses femmes traitées par ces ponctions, et ce délai lui-même n'est-il pas plutôt un maximum qu'une moyenne déduite de faits nombreux et bien observés ?

Les ponctions palliatives ainsi reconnues impuissantes, sinon dangereuses, il était naturel que la discussion fût portée sur le terrain d'une méthode de traitement plus efficace. Et quelle méthode se présentait avec des dehors plus séduisants, avec des analogies plus attrayantes que cette méthode des injections iodées, si heureusement appliquée par M. Velpeau au traitement des kystes en général, mais qui doit, il faut le reconnaître, à la persévérance, de notre ho-

norable confrère M. Boinet, les succès qui en ont assuré l'existence et la propagation, en ce qui touche le traitement des kystes de l'ovaire? C'est effectivement dans le cercle de ce traitement que la discussion s'est concentrée, c'est à son point de vue qu'on a tour à tour examiné les chances de curation offertes par les diverses variétés de ces kystes, de sorte que la discussion, qui a si grandement éclairé le traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées, qui en a circonscrit si remarquablement les applications, a laissé indécises nombre de questions qu'il aurait bien importé de voir résoudre : — et cette question du traitement médical, si décriée par quelques personnes qui aiment les succès faciles et rapides, mais que M. le professeur Velpeau n'a pas craint, malgré sa grande expérience chirurgicale et peut-être même à cause de son expérience, de prendre sous son patronage et de recommander à l'attention des praticiens ; — et la méthode de la compression, qui réclame sans doute une grande habileté pour donner des résultats favorables, mais dont M. J. Brown a fait connaître, il y a quelques années, des succès bien dignes d'être médités ; — et cette ovariotomie, dont on ne saurait trop répudier les excès, mais qui ouvre peut-être une issue nouvelle à la thérapeutique pour les cas reconnus incurables par les partisans des autres méthodes de traitement, alors que la mort plane déjà sur la tête des malades ; — et même, dans un ordre d'idées plus rapproché du sujet principal de la discussion, la détermination du point précis par lequel on peut attaquer la tumeur fluctuante, le choix à faire entre les ponctions abdominales et les ponctions vaginales que Kiwisch et Scanzoni ont cherché à réhabiliter, qui n'a obtenu qu'une maigre mention de quelques lignes dans le discours de M. Cazeaux, que M. Huguier seul a essayé de défendre pour quelques cas particuliers.

Nous sommes loin de regretter que la discussion du traitement des kystes de l'ovaire se soit circonscrite aux injections iodées : c'est en concentrant ainsi l'attention vers un point déterminé, c'est en dirigeant les efforts vers un même but que les questions s'éclairent, que la lumière se fait. Après la longue discussion qui vient d'avoir lieu sur les injections iodées, nous croyons qu'il reste peu à dire et peu à faire en ce qui touche ce traitement ; mais nous ne pouvons admettre que le dernier mot ait été dit sur le traitement des kystes de l'ovaire en général. Il serait cruel de penser que la science et l'art doivent se reconnaître à jamais impuissants devant certaines espèces de kystes de l'ovaire, et que là où les injections iodées échouent et ne peuvent pas être employées par conséquent, les ma-

lades doivent être impitoyablement abandonnées aux conséquences de leur maladie, c'est-à-dire à une mort certaine. Pour nous, nous avons foi dans l'avenir, et dans le progrès réalisé par les injections iodées, nous voyons poindre l'indice d'un progrès nouveau.

On l'a dit avec raison : toute question thérapeutique se réduit en une question de diagnostic. Dans ce champ assez étroit dans lequel la discussion était renfermée, il était naturel que partisans et adversaires des injections iodées fissent effort pour spécifier les cas qui paraissaient favorables ou défavorables à ce traitement. L'anatomie pathologique, qui ne crée pas sans doute le diagnostic, mais qui lui fournit au moins des bases certaines, ne pouvait pas rester en arrière, et nous l'avons vue effectivement intervenir avec l'autorité de M. le professeur Cruveilhier. Nul plus que l'auteur du Traité d'anatomie pathologique, dont le troisième volume renferme une histoire si complète des kystes de l'ovaire, ne pouvait mieux apprécier, au point de vue anatomique, les circonstances favorables à l'emploi des injections iodées. Nature du liquide et nombre des loges, telles sont les deux bases sur lesquelles il a fondé les chances plus ou moins grandes offertes par les kystes à la curation, ces chances augmentant avec la liquidité du contenu, qui lui permet d'être évacué entièrement et sans efforts, avec l'unicité de la poche, diminuant au contraire lorsque, par la consistance gélatineuse, ce liquide ne peut être expulsé qu'avec difficulté et à plus forte raison lorsqu'il y a deux poches et surtout un plus grand nombre ne communiquant pas entre elles. C'est ainsi que M. Cruveilhier a été conduit à déclarer incurables les kystes aréolaires, les kystes vésiculaires, les kystes multiloculaires à cellules très-multipliées et non communicantes ; susceptibles d'être traités palliativement et même curativement, les kystes uniloculaires séreux, les kystes uniloculaires albumineux, dont le contenu peut être évacué par la ponction, et les kystes multiloculaires à cellules communicantes ; susceptibles seulement d'un traitement palliatif, les kystes composés, en partie uniloculaires, en partie aréolaires, vésiculaires, ou multiloculaires.

La distinction de curabilité établie en quelque sorte *à priori* par M. Cruveilhier, d'après la structure du kyste, devait trouver une éclatante confirmation dans les résultats fournis par les injections iodées ; mais si l'anatomie pathologique avait éclairé grandement l'histoire de ces kystes au point de vue du traitement, elle devait bientôt, par la bouche de M. Huguier, jeter une grande perturbation dans le diagnostic, en montrant comment il pouvait se former

autour de l'ovaire une foule de collections kystiques susceptibles d'être confondues avec les kystes de cet organe : 1° kystes séreux des ligaments larges ; 2° kystes embryonnaires de ces ligaments qui ont pour point de départ une grossesse extra-utérine arrêtée dans le principe de son évolution ; 3° kystes péri-utérins, qui se développent sous la membrane cellulo-fibreuse qui entoure l'utérus ; 4° kystes interstitiels de la matrice, lorsqu'ils ont acquis un grand volume ; 5° kystes du corps de Wolff ou de l'organe de Rosenmüller ; 6° certaines hydropisies circonscrites et kystiques du péritoine pelvien ; et dans les kystes ovariques proprement dits, cinq espèces : ceux qui se développent dans les vésicules de Graaf ; ceux qui se développent dans la gangue, dans la trame celluleuse qui unit les vésicules entre elles ; les kystes hydatiques ; les purulents à marche tout à fait chronique et le kyste embryonnaire, dont les parois sont cellulo-vasculaires ; tels sont, a dit M. Huguier, les éléments du diagnostic différentiel, tels que nous les offre l'anatomie pathologique et dont la clinique ne fournit certainement pas dans tous les cas les moyens de lever les difficultés. C'est probablement en se plaçant aussi à ce point de vue que M. Jobert (de Lamballe) a été conduit à jeter une espèce d'interdit sur l'anatomie pathologique, qui ne peut pas sans doute être prise pour guide dans le traitement des kystes de l'ovaire, puisqu'elle ne peut pas faire marcher de front la description des principales variétés de ces kystes et les signes qui leur appartiennent, mais qui n'en a pas moins rendu un véritable service en indiquant aux médecins les diverses altérations pathologiques dont ils doivent s'étudier à rechercher les manifestations extérieures et les signes distinctifs.

C'est avec regret cependant que nous avons vu ceux qui ont le mieux insisté sur les difficultés de ce diagnostic, M. Velpeau, comme M. Huguier, M. Cruveilhier comme M. Barth, ne pas nous offrir même une ébauche de ce diagnostic différentiel, si utile cependant pour instituer un traitement quelconque avec des chances de succès. Seuls, M. Cazeaux et M. Boinet ont tenté de présenter, l'un dans son discours, l'autre dans un mémoire adressé à l'Académie, les éléments du diagnostic des kystes de l'ovaire, au point de vue principalement du nombre des loges et de la nature du liquide renfermé dans le kyste. Sans partager entièrement la confiance que nos deux savants confrères ont paru placer en ces moyens de diagnostic, nous avons pensé que nos lecteurs connaîtraient avec intérêt les principaux points sur lesquels ils se basent pour établir la nature de la tumeur.

« Le kyste est-il uniloculaire, ont dit MM. Cazeaux et Boinet, la

main appliquée sur quelque paroi du ventre que ce soit, pourvu qu'il soit opposé à celui où est appliquée la percussion ; la main, disent-ils, perçoit la fluctuation du liquide à la suite de l'ébranlement qui lui est communiqué par une percussion douce avec un ou plusieurs doigts ou par une simple *pichenette*. Si le flot du liquide n'est pas perçu ainsi dans tous les points de l'abdomen, quel que soit le point où l'on exécute cette percussion, c'est un kyste multiloculaire. Alors le flot du liquide est divisé en autant de surfaces circonscrites qu'il y a de poches en contact avec la peau de l'abdomen ; alors la fluctuation générale, si on peut s'exprimer ainsi, n'a plus lieu : il n'y a que des fluctuations partielles, qui sont limitées par l'étendue et la surface de chaque loge; alors si une pichenette est appliquée sur un point du ventre, le flot du liquide n'est plus senti dans le côté opposé, mais seulement dans la circonscription de la loge. On peut, en procédant ainsi, arriver à compter le nombre des loges dont se compose un kyste, au moins celles qui sont superficielles et en rapport avec la paroi abdominale. Il est rare que ces poches soient d'égale grandeur, il y a presque toujours une poche principale autour de laquelle sont groupées toutes les autres. Cette circonstance est encore facile à reconnaître par la fluctuation, qui est sensible dans une étendue plus considérable, ce qu'indique la percussion.

« Reste à établir la nature du liquide contenu dans le kyste ; s'il est séreux, limpide, hydatique, en un mot, s'il doit sortir par la canule du trocart, comme sortirait de l'eau, la fluctuation est franche, nette et ressemble à celle d'une cavité considérable; elle est perçue avec une grande facilité. Si le liquide est épais, filant, visqueux, gélatineux, la fluctuation, quoique perceptible dans tous les points de l'abdomen, est bien moins franche; on sent que le flot du liquide arrive à la main appuyée sur le ventre du côté opposé où a été donné la pichenette, d'une manière moins prompte, plus embarrassée, plus empâtée ; le choc est sensiblement moins net, moins sec; le liquide se déplace avec moins de facilité; on le dirait plus lourd. Si les malades ont éprouvé des douleurs dans le ventre, s'ils ont eu de l'inflammation, si le ventre a été ou est légèrement douloureux, soit à la pression, soit autrement, il est probable que le kyste, uniloculaire ou multiloculaire, aura un liquide d'une coloration plus ou moins prononcée, qu'il sera rougeâtre, sanguinolent, couleur de café ou de chocolat (dans les kystes multiloculaires, il est habituellement épais, visqueux, de mauvaise nature). Une fièvre lente, continue, la perte d'appétit, des vomissements, de la diarrhée, un amaigris-

sement considérable, des douleurs dans le ventre et surtout dans le kyste, en un mot, les symptômes de la fièvre hectique ou ceux qu'amènent les grands foyers de suppuration, peuvent faire penser, avec quelque probabilité, que le liquide contenu dans le kyste est de nature purulente. »

Mais revenons au traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées. Les faits communiqués à l'Académie sont aujourd'hui assez nombreux pour permettre de juger cette méthode par ses résultats, comme on juge l'arbre à ses fruits. Aux faits communiqués par MM. Jobert, Gimelle, Robert et Huguier, la discussion a permis d'ajouter bientôt les faits en nombre imposant communiqués par M. Boinet, puis ceux de MM. Nélaton, Monod, Demarquay, etc., etc. A lui seul, M. Boinet n'a pas opéré moins de 45 kystes, dont deux chez la même malade, et cela chez des femmes dont l'âge variait entre quinze et soixante-dix-huit ans, qui portaient leurs kystes depuis un temps compris entre trois mois et dix ans, et dont 14 avaient déjà subi une fois ou plusieurs la ponction palliative. Ces 45 opérations ont donné 31 succès, 9 décès et 5 insuccès. Mais, pour se rendre bien compte de la valeur de la méthode et de ses applications, il convient de catégoriser ces faits et de voir successivement quel a été le résultat de l'opération, suivant que le kyste était uniloculaire ou multiloculaire, suivant aussi les qualités du liquide.

Les kystes uniloculaires étaient les plus nombreux dans les cas traités par M. Boinet : sur les 30 kystes de ce genre, 21 contenaient un liquide séreux, [citrin et coulant très-facilement ; 19 ont guéri après une ou plusieurs ponctions et injections ; 2 ont succombé à la péritonite et à la résorption purulente (une des malades, qui se croit encore guérie et qui a été opérée il y a plus de trois ans, présente un commencement de récidive, comme M. Cazeaux a dit l'avoir constaté avec M. Boinet).

Des deux femmes qui ont présenté un liquide sanguinolent, l'une a guéri ; l'autre, qui avait deux tumeurs kystiques, a vu seulement disparaître une de ces tumeurs, l'autre s'est reproduite. Donc une guérison, un insuccès.

Des 6 kystes purulents 4 ont guéri : 1 récidive, 1 mort.

Les 3 kystes hydatiques ont guéri.

En somme, sur ces 32 kystes appartenant à 30 malades, il y a eu en résumé 27 guérisons, 3 récidives, 2 morts.

Mais, comme l'a fait remarquer M. Cazeaux qui, dès la première séance, a pris en main la cause des injections iodées, et qui l'a défendue avec autant de prudence que de talent, les kystes précé-

dents sont certainement les plus favorables, on pourrait peut-être dire les seuls favorables, à l'opération, et l'opinion générale, comme celle des anatomo-pathologistes, trouve un appui solide dans les résultats de M. Boinet, puisque, sur 21 cas de kystes uniloculaires séreux, il y a eu un seul cas de mort. Malheureusement les autres variétés de kystes ont donné des résultats beaucoup plus fâcheux.

Deux kystes uniloculaires ont donné un liquide filant, gélatineux ou albumineux; le résultat a été 1 mort, 1 guérison.

Résultats des opérations pratiquées dans les kystes multiloculaires encore beaucoup moins favorables : 11 malades ont été traitées par M. Boinet; 6 morts; 5 n'ont pas guéri et sont regardées comme incurables par M. Boinet.

La pratique de M. Boinet conduit donc à conclure que les kystes uniloculaires guérissent presque tous par les injections iodées; que les kystes uniloculaires contenant un liquide séro-purulent offrent après ceux-ci les chances les plus favorables, puisque quatre sur six ont guéri. Quant à l'influence des liquides séro-sanguinolents, visqueux et gélatineux, elle est évidemment très-mauvaise; mais le nombre des observations est encore trop peu considérable pour bien savoir ce qu'il faut craindre ou espérer. Restent les kystes multiloculaires : la méthode des injections iodées ne leur paraît pas applicable.

En réunissant, comme l'a fait M. Cazeaux, aux faits de M. Boinet ceux déjà connus, on n'arrive pas à des conclusions différentes ; car, à l'exception des faits dans lesquels la sonde a été laissée à demeure dans le kyste, l'injection iodée n'a jamais provoqué d'accidents, et sur 62 kystes uniloculaires, 48 ont été guéris, 11 opérés sans succès, et dans 4 cas seulement il y a eu mort. Il est donc acquis maintenant à la science que la ponction abdominale suivie, après évacuation du kyste, d'une injection d'iode que l'on retire en partie de la cavité de celui-ci, constitue la méthode la plus sûre et la plus efficace pour le traitement des kystes *uniloculaires* séreux et hydatiques, peut-être même, quoique avec des chances moindres, pour les kystes uniloculaires séro-purulents ou séro-sanguinolents; mais en revanche que les kystes à loges nombreuses, comme tous ceux dont les liquides sont épais ou gélatineux, ne paraissent pas susceptibles de guérir par la nouvelle méthode.

Il nous reste maintenant à faire connaître quelques autres circonstances qui paraissent constituer des contre-indications plus ou moins formelles à l'emploi de ce traitement, et à insister sur certaines particularités du procédé opératoire que la discussion a mises en

relief, soit pour en démontrer l'importance, soit pour en signaler les inconvénients.

Les contre-indications de l'opération ont été très-bien résumées par M. Huguier : un âge avancé, plus de cinquante ans, un âge même moins avancé, pourvu que le kyste ne fasse pas de progrès et ne cause aucun trouble fonctionnel important, une altération grave de la santé, faiblesse, vice général, lésions organiques de l'ovaire ou de l'utérus, telles sont les circonstances qui excluent, de l'avis de tous, l'opération, et, en particulier, les injections iodées.

Une question qui devait être naturellement soulevée est celle relative à l'époque à laquelle l'art doit intervenir. Les partisans de l'opération, et M. Boinet en particulier, ont insisté sur la nécessité d'une intervention de bonne heure; mais malgré l'élasticité d'une pareille expression, on ne saurait admettre, et l'opinion a été presque unanime sur ce point, l'utilité d'une opération que pour des tumeurs d'un volume notable, ou dont l'état de tension indique que la tumeur est susceptible de s'accroître. M. Trousseau a signalé avec raison certains kystes qui restent pendant un temps indéfini dans un état de semi-plénitude qui n'indique pas, à beaucoup près, une intervention chirurgicale. Avec ces restrictions, nous souscrivons entièrement aux opérations faites d'assez bonne heure, alors que les kystes ne sont ni trop vastes ni trop anciens, que leurs parois ne sont ni cartilagineuses ni indurées.

Mais la nécessité de l'opération admise, faut-il vider la poche autant que possible, ou bien s'efforcer par des ponctions successives, comme le précepte en a été donné formellement par MM. Demarquay et Gimelle, d'amener la rétraction du kyste avant de passer aux injections iodées ? Nous comprenons, comme M. Cazeaux, une première ponction non suivie d'injection iodée, puisque, à la rigueur, une ponction palliative peut amener une guérison inattendue; mais multiplier sans profit les ponctions, lorsque, ainsi que M. Velpeau l'a fait remarquer, les ponctions palliatives ne sont pas plus graves que les curatives, c'est ajouter sans profit et pour un résultat problématique, aux chances funestes que peut entraîner toute intervention chirurgicale.

Pour être bien faite, l'évacuation du kyste réclame quelques précautions auxquelles on ne se conforme pas toujours, et dont la non-observation peut avoir les conséquences les plus fâcheuses pour le salut de la malade, comme pour le succès de l'opération. M. Boinet a très-bien exposé ce point dans sa communication académique : « Si des accidents de péritonite suivent les ponctions palliatives et

les injections iodées, dit-il, c'est que le liquide du kyste ou de l'injection tombe dans le péritoine. Tout le monde comprend que si la ponction est faite dans un point de l'abdomen d'où le kyste devait s'éloigner pour revenir sur lui-même, un épanchement pourra avoir lieu dans le péritoine; si le kyste en se rétractant abandonne la canule et si le chirurgien ne s'aperçoit pas de ce retrait, il injectera dans le péritoine la teinture d'iode qu'il voulait injecter dans le kyste, ou bien en retirant la canule du kyste, celle-ci se trouvant libre dans l'espace compris entre la paroi du kyste et celle de l'abdomen, c'est-à-dire dans le péritoine, laissera tomber dans cette cavité, soit de la teinture d'iode, soit du liquide du kyste. Afin d'éviter ces accidents, qui sont toujours graves, souvent mortels, il faut ne jamais se servir de la canule du trocart pour pratiquer l'injection et la remplacer par une sonde de gomme élastique. Pour cela, la ponction ayant été pratiquée avec un gros trocart, du côté où le kyste s'est primitivement développé et dans le point le plus rapproché du lieu où il a pris naissance, on laisse sortir la moitié, les trois quarts du liquide par la canule, sans imprimer le moindre mouvement à la malade, puis on introduit dans la canule une sonde de gomme élastique, percée de plusieurs trous latéraux. Cette sonde doit remplir exactement la canule du trocart, mais de façon cependant à permettre le glissement facile de la sonde dans la canule; alors on retire la canule sur la sonde qu'on laisse à sa place; elle sert à évacuer le reste du liquide et à faire les lavages, s'ils sont nécessaires et l'injection iodée. Si, dès le début, le liquide s'écoule difficilement par la canule, on place aussitôt la sonde, avec laquelle il devient facile de vider complétement le kyste, quelle que soit la densité du liquide qu'il contient, en l'aspirant avec une seringue. »

Un dernier point est relatif à l'introduction des canules à demeure dans les kystes, comme moyen d'en provoquer la disparition définitive lorsque le liquide se reproduit trop rapidement. L'expérience a prononcé par des faits trop malheureux sur les inconvénients et les dangers d'une pareille pratique, pour qu'on puisse y persévérer plus longtemps, et c'est avec raison que M. Cazeaux a dit que les femmes qui portaient ces canules étaient toujours sous le coup d'accidents graves et presque inévitablement mortels. Mieux éclairé aujourd'hui sur les désavantages de la canule à demeure, qu'il avait beaucoup vantée autrefois, M. Boinet lui-même n'hésite pas à la proscrire, au risque d'être obligé de multiplier les ponctions et les injections iodées. Les faits communiqués par MM. Robert, Barth, etc., ne sont rien moins que favorables à l'emploi d'un pa-

reil moyen. Mais ce qui doit rassurer les praticiens, relativement aux inconvénients de multiplier ainsi les ponctions et les injections iodées, c'est que, dans les cas qui doivent se terminer favorablement, une, deux, trois ou quatre ponctions, suivies d'injections iodées, ont suffi, en général, à amener la guérison.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Préparation de formules pour l'emploi thérapeutique de l'iodoforme.

La médication iodique, si puissante déjà, vient de s'enrichir encore d'un nouveau composé, l'*iodoforme*. Découvert par Sérullas, le nouveau produit gisait oublié dans les laboratoires de chimie, lorsque M. Dumas est venu nous en dévoiler la nature. Il est composé de 3 atomes d'iode, 2 atomes de carbone, 1 atome d'hydrogène. Préparé par le procédé que nous décrirons plus loin, l'iodoforme se présente sous forme de belles paillettes nacrées, d'une couleur jaune orange, d'une odeur pénétrante particulière, rappelant, lorsqu'elle est très-affaiblie, celle du safran, d'une saveur aromatique, sucrée.

Ces caractères et surtout la grande quantité d'iode que renferme le nouveau produit, puisqu'il en renferme plus des 9/10 de son poids, ont suggéré à M. Bouchardat l'idée d'étudier les propriétés thérapeutiques de l'iodoforme. Les résultats des premiers essais qu'il a tentés, ceux qu'il a provoqués dans nos hôpitaux, de même que les résultats obtenus à l'étranger, nous sont garants que le savant professeur aura doté la thérapeutique d'un agent précieux. L'iodoforme semble, en effet, appelé à remplacer l'iode dans un grand nombre de cas où l'usage du métalloïde même était indiqué ; ce sera un progrès. Trop souvent, en effet, l'action irritante des préparations d'iode sur la muqueuse gastrique force d'en suspendre l'emploi, avant que les bons effets de la médication s'en soient produits.

Ce fait a conduit les expérimentateurs à substituer l'usage des sels à celui du métalloïde, et nous n'avons pas à rappeler les services rendus à la thérapeutique par l'introduction de l'iodure de potassium dans la matière médicale. Toutefois, ce but n'a pas été atteint ; les résultats des deux médications sont loin d'être identiques. L'iodoforme est-il appelé à combler la lacune et pourra-t-il, comme on le pense, être substitué dans tous les cas où l'emploi du métalloïde même est indiqué ? Nos essais ne sont pas assez nombreux pour nous permettre de trancher la question ; cependant nous inclinons à classer la mé-

dication iodoformique entre la médication iodurée et celle iodique, en la rapprochant toutefois plus de cette dernière. Mais il n'en des meure pas moins certain à nos yeux que la conquête de l'iodoforme sera un nouveau service que la thérapeutique devra à M. Bouchardat, car nous avons dit que sa saveur douce et surtout son action nullement agressive pour l'estomac en font une précieuse acquisition pour la pratique dans le traitement des scrofules, les engorgements lymphatiques du goître et de l'aménorrhée, maladies dans lesquelles il a été expérimenté avec un succès marqué.

De tous les modes de préparation proposés jusqu'à ce jour, celui qui fournit les meilleurs résultats est dû à M. Bouchardat. Le voici tel que l'auteur le décrit dans la seconde édition de son Manuel de matière médicale et de thérapeutique (t. II, p. 552).

Pr.	Iode..........................	100
	Bicarbonate de potasse...........	100
	Eau......	750
	Alcool.........................	250

Mêlez le tout dans un flacon que vous placerez dans un bain d'eau, dont vous élèverez successivement la température pour favoriser la réaction. Quand la liqueur sera décolorée, ajoutez de nouveau de l'iode, 25 parties; chauffez de nouveau, renouvelez l'addition de l'iode tant que les liqueurs se décoloreront; quand vous aurez un peu dépassé le terme, que les liquides ne changeront plus par la chaleur, ajoutez quelques gouttes de solution de potasse ou de soude caustique pour décolorer les liqueurs. Filtrez, lavez le précipité produit, qui consistera uniquement en lames cristallines d'iodoforme d'une belle couleur citrine. Les liqueurs évaporées donneront une grande quantité de cristaux d'iodure de potassium ou de sodium. Les phénomènes qui accompagnent cette opération sont de la même nature que ceux qui produisent le chloroforme. Ce procédé de M. Bouchardat donne en iodoforme le sixième du poids de l'iode employé; il est certainement le plus commode pour les pharmaciens.

Voici les deux préparations formulées par ce savant pharmacien :

Tablettes d'iodoforme.

Iodoforme............................	1 partie.
Sucre................................	15 parties.
Mucilage de gomme...................	Q. S.

Pour des pastilles de 1 gramme, dose de 1 à 12 par jour.

L'analogie qui existe entre l'iodoforme et le chloroforme ont conduit M. Rhigini, pharmacien d'Oleggio, à rechercher si le nouveau produit possédait aussi des propriétés anesthésiques. Ses ex-

périences ont été couronnées de succès et ont prouvé qu'il pouvait être rangé dans la classe des agents anesthésiques, mais à un rang bien inférieur au chloroforme et à l'éther. M. Bouchardat a cherché à mettre à profit cette propriété spéciale du nouveau composé iodique dans le traitement des cancers ulcérés, et pour cela il recommande l'application de topiques iodoformés.

Pommade d'iodoforme.

Cérat..................................	8 parties.
Iodoforme..............................	1 partie.
Laudanum de Sydenham...................	1 partie.

Employée pour recouvrir les cancers ulcérés. Une sensation de calme et de bien-être témoigne de l'action anesthésique.

M. Bouchardat avait d'abord donné une formule de pilules ; nous ne la trouvons plus dans son manuel. Comme ce mode d'administration des substances médicamenteuses est le plus ordinaire et qu'il nous a fourni d'excellents résultats, nous n'hésitons pas à reproduire sa première formule :

Pilules d'iodoforme.

Iodoforme..............................	2 grammes.
Extrait d'absinthe.....................	q. s.

Pour 36 pilules. 3 par jour dans les engorgements lymphatiques, le goître, l'aménorrhée.

Dans nos essais, nous avons porté graduellement le nombre de ces pilules à 6 et 8 par jour, et cela sans aucun inconvénient. Si l'on se rappelle que l'iodoforme contient les 9/10 de son poids d'iode, on peut juger par là ce qu'on peut attendre de ce nouvel agent.

Un médecin stagiaire de l'École impériale de médecine militaire du Val-de-Grâce, dans sa thèse, qui a pour sujet : « Études sur l'iodoforme, » a voulu compléter ces formules ; malheureusement, elles ne reposent sur aucune expérimentation clinique; toutefois, nous reproduirons deux d'entre elles.

La première est celle des suppositoires, elle repose sur l'action anesthésique locale très-prononcée de l'iodoforme. Ainsi, M. Morétin a constaté qu'introduit dans le rectum, cet agent produit une insensibilité telle que l'acte de la défécation s'accomplit sans qu'on ait conscience de la sortie des matières excrémentitielles, quelque dures qu'elles soient. Ces préparations pourraient donc être expérimentées utilement dans les cas de fissures à l'anus, toujours accompagnées de spasme du sphincter.

Suppositoires d'iodoforme.

Beurre de cacao........................	30 grammes.
Iodoforme............................	1 gr. 20 centigr.

Faites fondre le beurre de cacao au bain-marie ; ajoutez ensuite l'iodoforme en poudre, et, lorsqu'il sera dissous, F. S. A. six suppositoires, qui contiendront chacun 20 centigrammes de principe actif.

Pilules iodoformo-ferrées.

Iodoforme...............................	10 grammes.
Fer réduit..............................	10 grammes.

F. S. A. 100 pilules, dont chacune contiendra 10 centigrammes d'iodoforme et autant de fer ; 1 à 4 par jour.

Cette préparation d'une grande stabilité pourrait remplacer, suivant le docteur Maître, l'iodure de fer, si altérable, et dont elle représente indirectement les éléments.

Observation sur l'acide arsénieux et sur la liqueur de Fowler.

M. Buignet a fait dernièrement, à la Société de pharmacie, une communication extrêmement intéressante, et nous allons extraire de cet important travail les faits les plus essentiels au point de vue de la thérapeutique.

Ce savant pharmacien, ayant besoin de préparer de la liqueur de Fowler, a commencé par étudier l'acide arsénieux du commerce, qu'il croyait pur, et il n'a pas été peu étonné de reconnaître qu'il contenait 25 pour 100 d'une matière complétement insoluble dans l'eau, même par l'action prolongée de l'eau bouillante, et complétement fixe, même alors qu'elle était soumise à une température excessivement élevée. L'examen de cette matière lui a appris qu'elle était constituée par de la chaux intimement combinée avec l'acide arsénieux.

Les conséquences de cette falsification sont trop faciles à comprendre pour qu'il soit utile de les signaler à l'attention des médecins et des pharmaciens, elles prouvent une fois de plus que le pharmacien ne doit jamais employer une préparation qu'il emprunte au commerce, sans rechercher si elle a été convenablement préparée.

De la liqueur de Fowler. Tout le monde sait qu'on prépare la liqueur de Fowler en faisant bouillir dans un matras des poids déterminés d'acide arsénieux, de carbonate de potasse et d'eau, jusqu'à ce que la dissolution de l'acide arsénieux soit complète, etc.; mais tout le monde ne connaît pas la nature du composé que l'on obtient. On admet en général que l'acide arsénieux décompose le

carbonate et se substitue à l'acide carbonique ; mais M. Buignet vient de nous apprendre que la réaction ne s'effectue pas tout à fait de cette manière. Il a reconnu que lorsque l'on mêle, dans les conditions ordinaires de température et de pression, des dissolutions d'acide arsénieux et de carbonate de potasse, ou de bicarbonate de la même base, faites séparément, il ne se produit aucune décomposition sensible, aucun mouvement de gaz apparent ; de telle sorte que la liqueur de Fowler préparée de cette manière ne représente pas positivement un arsénite, comme on serait porté à le croire : elle est un simple mélange, dans lequel le carbonate alcalin se retrouve indécomposé. Si, au lieu d'opérer à la pression de l'air, on opère dans le vide, il ne se dégage qu'une partie de l'acide carbonique. Si, au lieu de diminuer la pression en opérant dans le vide, on élève la température du liquide jusqu'à l'ébullition, on voit une grande quantité d'acide se dégager ; mais ce gaz ne représente pas encore tout l'acide qui était combiné avec la potasse, et ce n'est qu'après un temps très-considérable que la décomposition finit par s'effectuer.

Ces résultats semblaient indiquer que l'arsénite de potasse, décrit comme sel incristallisable et déliquescent, pouvait bien devoir cette propriété à des traces de carbonate qui seraient restées interposées entre les molécules de l'arsénite ; mais M. Buignet a reconnu que la propriété d'attirer l'humidité de l'air réside bien dans la nature propre des éléments de ce composé.

Ce savant pharmacien termine son travail en regrettant qu'il en soit ainsi, parce que sans cela on aurait pu employer directement l'arsénite de potasse à la préparation de la liqueur de Fowler, comme on emploie l'arséniate de soude à la préparation de la liqueur de Pearson ; parce que la liqueur de Fowler préparée en suivant le procédé du *Codex* n'a pas une composition constante à proprement parler ; si elle renferme toujours la même proportion d'acide arsénieux, elle ne la renferme pas toujours au même état de liberté ou de combinaison. Il signale encore à l'attention des praticiens une observation de M. Frésenius, qu'il est très-utile de connaître. Cet habile chimiste a prouvé que l'arsénite de potasse est altérable au contact de l'air, qu'il en absorbe peu à peu l'oxygène et qu'il se transforme en arséniate.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouveau traitement des tumeurs érectiles cutanées par l'emploi topique du nitrate de potasse.

Les acquisitions thérapeutiques sont des conquêtes si précieuses que le père de la médecine nous a fait un précepte de ne pas négliger, à ce point de vue, même les pratiques populaires : *Ne pigeat ex plebeis sciscitari, si quid ad curationem utile.* Les progrès incessants des diverses sources de nos connaissances sont venues nous éloigner de ces sortes d'enseignements ; toutefois, lorsque le hasard vient à nous rendre témoin d'un fait de cet ordre, nous serions coupable de négliger de le recueillir.

En 1841, on me fit voir une petite fille affectée d'un nævus cutané congénital, qui avait disparu sous l'influence de frictions avec le nitrate de potasse conseillées par une personne étrangère à la médecine. Curieux de constater par moi-même cet effet curatif de l'action topique de ce sel, je n'hésitai pas, la médication étant inoffensive, d'en faire l'essai sur mon propre enfant, qui était porteur d'une semblable lésion. Cette tumeur, située à la commissure droite des lèvres, ne présentait à la naissance que le volume d'un grain de chènevis, mais elle s'était peu à peu développée et offrait, au moment où j'entrepris mon essai, le volume, la forme et la coloration d'une framboise.

Voici comment on s'y prit. Pendant le sommeil de l'enfant, la mère, après avoir humecté son doigt, le plongeait dans la poudre de nitrate de potasse, puis frictionnait la tumeur assez légèrement pour ne pas éveiller son enfant. Sous l'influence de cette friction, il se forma une petite bulle semblable en tout point à celle de l'*herpes labialis,* sous laquelle la tumeur était affaissée. Après la chute de l'épiderme escarrifié, la peau, de rouge foncé qu'elle était auparavant, avait pris une teinte rosée; mais comme il restait encore quelques petits vaisseaux à la surface de la cicatrice, et que d'ailleurs les bords de la tumeur étaient saillants, je fis répéter les frictions. Au bout de huit jours, il n'est plus resté qu'une cicatrice, qui s'est graduellement effacée. Aujourd'hui elle est à peine visible.

Les mêmes résultats ont été obtenus chez quatre autres enfants nouveau-nés porteurs de nævi occupant la face.

Chez un dernier enfant, âgé de douze ans, la tumeur, de quatre centimètres de diamètre, occupait l'épaule, et le frottement de la chemise déterminait un suintement sanguin, qui inquiétait les parents. Malgré leurs craintes, ils ne voulaient entendre parler d'aucune opé-

ration. Après deux mois de frictions pratiquées avec le nitre en poudre, il ne restait plus qu'une cicatrice offrant une légère dépression du tissu cutané.

Je ne sache pas que cette action escarrotique du nitrate de potasse ait été signalée ; à ce titre, mes observations ne sont donc pas dépourvues de tout intérêt. Quant à son application au traitement des tumeurs érectiles, nous n'avons pas besoin de faire remarquer qu'il faut y recourir seulement dans les cas où la lésion est localisée dans la peau ; dans ces cas, le moyen nouveau que nous signalons est si simple et si inoffensif, qu'on serait coupable de ne point répéter mes expériences.

MANGENOT, D. M.,
à Rambervilliers (Vosges).

BULLETIN DES HOPITAUX.

RHUMATISME DES GAINES SYNOVIALES DE L'EXTENSEUR PROPRE DE L'INDEX ET DU LONG ABDUCTEUR DU POUCE DE LA MAIN GAUCHE ; TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE ; COMPRESSION ET IMMOBILITÉ ; GUÉRISON. — C'est surtout en fait de rhumatisme que l'on peut dire qu'il n'est pas un point du système fibro-séreux qui ne puisse être atteint par ce visiteur incommode ; les plus grandes comme les plus petites synoviales articulaires ou tendineuses, celles que leur importance semble désigner d'avance aux coups du rhumatisme, comme celles que leur peu d'étendue et d'intérêt semblerait devoir y soustraire, toutes, dans des circonstances données, peuvent être envahies à leur tour. C'est précisément parce que dans le cas que nous allons citer le rhumatisme a eu un siége très-rare, bien que déjà indiqué par quelques auteurs, et en particulier par Tonnelé; c'est aussi pour éviter à nos lecteurs les incertitudes qu'un fait de ce genre pouvait jeter dans leur esprit que nous allons placer sous leurs yeux le fait suivant :

Gallois (Marie), âgée de vingt ans, jardinière, est une fille forte et robuste, d'un tempérament lymphatico-sanguin, rarement malade, mais assez sujette cependant à des indispositions, et, en particulier, à des accidents dyspeptiques. Réglée à l'âge de quinze ans, elle paraît l'avoir été avec quelque difficulté et avoir éprouvé des phénomènes gastralgiques, et peut-être même chlorotiques, à l'époque de la puberté ; ses règles, assez irrégulières au début, se sont régularisées plus tard, mais elles avaient manqué dans les deux derniers mois, sans aucun soupçon de grossesse.

Travaillant habituellement en plein air, cette jeune fille avait éprouvé l'hiver dernier quelques atteintes de rhumatisme, une dou-

leur dans l'épaule gauche, qu'elle avait gardée huit jours. Elle ne s'en était pas ressentie depuis lorsque, dans la troisième semaine d'octobre, elle fut prise de quelques douleurs dans le poignet et la main gauche, bientôt suivies de quelques symptômes d'embarras gastrique, bouche amère, perte d'appétit, constipation, léger mouvement fébrile. Les douleurs diminuèrent pendant plusieurs jours, puis reprirent de nouveau, et depuis huit jours elles étaient assez vives, lorsque la malade se décida à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Thérèse, n° 35, dans le service de M. Aran.

Cette malade offrait à peine quelques traces d'embarras gastrique ; elle était sans fièvre, mais en revanche elle se plaignait d'une douleur assez vive dans une étendue de six à sept travers de doigt, le long de la face postérieure et externe de l'avant-bras gauche, à partir du poignet, et irradiant au-dessous de celui-ci jusqu'aux articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du pouce, le long des tendons ; à ces douleurs, qui se développaient seulement par la pression, et surtout par les mouvements du poignet, principalement par les mouvements de flexion forcée de l'index et d'adduction du pouce, correspondait un gonflement des plus apparents et une élévation sensible de température ; bref, la gaîne synoviale commune au long abducteur du pouce et à l'extenseur propre de l'index était envahie par l'inflammation, et cette inflammation pouvait être suivie à partir du poignet jusqu'aux articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du pouce, où se terminent naturellement les deux gaînes. (Application de quinze sangsues sur les points douloureux à l'avant-bras; apozème purgatif avec pulpe de tamarin et sulfate de soude, de chaque 30 gram.; sulfate de potasse, 20 gram.)

Soulagement très-marqué à partir de l'application de sangsues ; gonflement considérablement diminué, ainsi que la douleur, mouvements plus libres ; néanmoins le mouvement d'adduction forcée du pouce restait un peu douloureux, et comme le 30 octobre le gonflement persistait, avec un peu de douleur à la pression, dans une étendue de 8 centimètres à partir du carpe, le long du bord externe et postérieur de l'avant-bras, limité supérieurement par une espèce de sillon transversal, une compression méthodique fut faite sur l'avant-bras, mais cette compression n'eut d'effet très-évident qu'à partir du 4 novembre, époque à laquelle le membre fut placé sur une plaque de bois, et maintenu immobile ainsi que la main. Amélioration très-rapide : la malade est sortie parfaitement guérie, le 9 novembre.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Absorption (*De l'*) *des substances médicamenteuses et des alcaloïdes du quinquina en particulier; introduction dans le gros intestin sous la forme de lavements.* Le mauvais état des fonctions de l'estomac, les répugnances ou l'indocilité des malades forcent souvent le médecin à recourir à la voie rectale. A ce titre, les praticiens liront avec intérêt les conclusions suivantes, qui terminent un long et savant mémoire que M. Briquet vient de lire devant l'Académie.

Le liquide qui constitue les lavements peut assez facilement aller jusque dans le cœcum, et, par conséquent, être en contact avec une surface absorbante fort étendue.

La membrane muqueuse du gros intestin et les liquides qui baignent sa surface n'ont aucune action chimique sur les substances introduites dans le gros intestin, où il n'y a d'absorbé que ce qui était primitivement en dissolution.

Quand on administre en lavement des sels solubles de quinine à des doses au-dessous de 1 gramme, un peu plus du tiers de la quantité administrée est éliminé, et par conséquent a été absorbée.

Quand on administre des doses supérieures à 1 gramme, celles-ci sont mal tolérées, et il n'y a qu'un cinquième ou qu'un sixième de la quantité administrée qui soit absorbée.

A quelque dose qu'ait été donné le sulfate de quinine, il ne se produit ordinairement de phénomènes cérébraux que très-lentement et à un faible degré.

On n'aperçoit de traces d'élimination, et par conséquent d'absorption, qu'une heure après l'administration d'un lavement, et à ce moment, l'élimination est peu considérable.

La durée de l'élimination est en général assez courte, et ordinairement de deux à trois jours au plus.

La dilution plus ou moins grande, mais pourtant limitée à un certain degré, la nature plus ou moins visqueuse du liquide, et enfin l'addition des sels de morphine aux alcaloïdes du quinquina, ne modifient pas sensiblement l'absorption.

Les jeunes gens absorbent mieux que les adultes; les vieillards de l'un et de l'autre sexe absorbent très-mal.

Les alcaloïdes du quinquina administrés en lavements à des doses au-dessous de 1 gramme, peuvent rendre, par cette voie, tous les services qu'on peut attendre des alcaloïdes donnés à faibles doses par la bouche et peuvent très-bien les remplacer.

Il n'en est pas de même pour les cas où il faut des doses élevées : celles-ci ne sont jamais absorbées en assez grande quantité pour produire des effets stupéfiants énergiques.

On ne peut faire généralement tolérer au gros intestin plus de 2 grammes de sulfate de quinine à la fois.

Ces conclusions peuvent s'appliquer plus ou moins exactement aux diverses substances employées en lavement. (*Compte rendu de l'Académie de médecine*, décembre)

Calcul *vésical extrait sans opération sanglante.* Il n'est pas rare de voir de petits calculs urinaires traverser spontanément le canal de l'urètre court, large et extensible des femmes; cette facilité avec laquelle ce canal prête et se laisse distendre a permis, même dans quelques circonstances, d'extraire par cette voie, sans opération sanglante, des calculs entiers et d'un volume assez considérable. En voici deux exemples récents qui nous tombent sous la main. M. le docteur Passaquay a publié dans le Journal de médecine et de chirurgie pratique l'observation d'une jeune fille chez laquelle un calcul de la grosseur d'un œuf de poule s'était formé à la suite de l'introduction dans la vessie, pendant un accès de folie, d'un porte-plume métallique. Cette tige métallique, dépassant le calcul en longueur, présentait dans le canal de l'urètre un bout sur lequel on a pu opérer des tractions graduelles réitérées, qui ont permis d'amener le calcul, après onze jours, hors de ce canal. M. le docteur L. Soete, de Gheluwe, a eu affaire depuis à un cas qui présentait beaucoup d'analogie avec celui-là, et dont l'issue a été aussi heureuse. Voici en peu de mots la relation de cette observation :

M. Soete fut appelé chez une dame qui éprouvait de très-vives douleurs dans le bas-ventre, avec grande difficulté de rendre les urines. Cette dame lui raconta que, depuis plusieurs années, elle souffrait dans la vessie; qu'elle avait consulté plusieurs médecins qui lui avaient prescrit le traite-

ment du catarrhe vésical; mais peu à peu le mal s'était aggravé. Bref, ayant introduit une sonde, il rencontra de suite un corps dur qui obturait le col de la vessie. Un léger effort l'ayant fait remonter, les urines coulèrent abondamment, et la malade fut soulagée. Les mêmes accidents s'étant reproduits le lendemain, M. Soete se disposa à extraire la pierre, sans en connaître le volume. Ayant couché la malade sur le dos en travers de son lit, et armé d'une pince à polypes, il introduisit l'indicateur gauche dans le vagin, pour fixer et faire descendre le calcul, tandis que le pouce de la même main servait à guider la pince dans l'orifice urétral. Jusque-là tout allait bien, mais la pierre ayant le volume d'un œuf de pigeon, la pince devait la saisir sous un angle trop ouvert; de là impossibilité de bien appliquer l'instrument, et les efforts faits dans ce but n'eurent d'autre résultat que de faire remonter une seconde fois le calcul.

Une nouvelle tentative fut faite le surlendemain. Cette fois M. Soete s'était muni d'un tire-balle, aux cuillers duquel il avait donné une forme un peu allongée. Ayant couché la malade en travers de son lit, sur les genoux et les coudes, il introduisit l'instrument branche par branche, comme un forceps, un doigt de la main gauche introduit dans le vagin servant d'appui à la pierre, et le pouce de guide à l'instrument. Il parvint ainsi heureusement, au bout de quelques minutes, à bien saisir la pierre et à l'amener au dehors, mais non sans avoir par précaution incisé quelques lignes de l'orifice urétral, pour éviter une rupture. La pierre mesurait en longueur quarante-trois millimètres, et dans son diamètre transversal vingt-cinq millim. Les douleurs diminuèrent immédiatement, et au bout de huit jours tout était rentré dans l'ordre.

Tout en constatant que ces tentatives d'extraction par l'urètre de calculs entiers ont eu un heureux résultat dans ces deux cas, nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire remarquer qu'il eût été beaucoup plus simple, et, nous n'hésitons pas à le dire, plus inoffensif, au moins dans le second cas, de recourir à la lithotritie; d'autant plus qu'ici cette opération eût été rendue très-facile par les mêmes conditions qui ont rendu l'extraction possible, et qu'on eût évité par là des tractions répétées pendant plusieurs jours consécutivement, et des froissements de la muqueuse urétrale, dont les suites pourraient n'être pas toujours aussi heureuses qu'elles l'ont été dans ce cas-ci. (*Ann. de la Société médico-chirurg. de Bruges* et *Journ. des Conn. médic.*, novembre 1856.)

Cautérisation *de l'hélix de l'oreille dans le traitement des névralgies de la face.* On connaît les résultats très-dignes d'attention de la cautérisation de l'hélix dans le traitement de la sciatique. Bien que ce soit là une pratique purement empirique et dont on ne s'explique que très-difficilement le mode d'action, quelques praticiens ont pensé que l'influence que la cautérisation de l'hélix exerce sur un point très-éloigné pourrait bien s'exercer également sur des points plus rapprochés; et l'expérience est venue confirmer cette prévision, dans quelques cas du moins. C'est ainsi que M. Jobert (de Lamballe) a pratiqué plusieurs fois cette cautérisation avec succès. pour des névralgies du trifacial. A l'exemple de ce professeur, M. le docteur H. Texier, de Villefagnan, a eu recours à ce même moyen pour des névralgies de la face, et les résultats qu'il en a obtenus sont également dignes d'être signalés; les voici:

Une femme de vingt-huit ans est prise, sans cause appréciable, de douleurs extrêmement vives dans le côté droit de la tête, ayant plus particulièrement leur siège dans la mâchoire inférieure, dans la région sourcilière, où était le point le plus douloureux, et vers la racine du nez. La douleur s'irradie dans tout le côté de la tête jusqu'à la partie postérieure, et la malade ne peut se tenir couchée; elle n'a ni repos ni trêve; elle souffre continuellement, mais il y a des exacerbations, principalement la nuit, qui lui rendent la vie insupportable; l'appétit est diminué, l'amaigrissement se manifeste. Cette femme avait déjà subi plusieurs traitements sans aucun résultat, lorsqu'elle se décida à consulter M. Texier, qui proposa immédiatement la cautérisation de l'hélix. Il choisit pour pratiquer cette opération l'un des moments d'exacerbation des douleurs. Au moment de la cautérisation, la malade poussa un cri, puis elle remua la tête comme pour voir si elle ne revenait pas d'un rêve, et dit qu'elle ne souffrait plus. Depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie.

Une autre malade, âgée de vingt-

neuf ans, était atteinte depuis près de deux mois d'une névralgie trifaciale gauche. La douleur de la mâchoire était excessive, ses mouvements difficiles et la mastication impossible. La région frontale était aussi fortement douloureuse, ainsi que tout le côté gauche de la tête. Elle avait fait aussi divers traitements, sans plus de succès que la précédente malade. Une seule cautérisation de l'hélix fit complétement cesser les douleurs. Le soir même la malade, qui depuis deux mois ne se nourrissait que de lait et de potages, faute de pouvoir broyer des aliments solides, put manger comme tout le monde, sans éprouver la moindre gêne ni la moindre douleur. La guérison était parfaitement maintenue au bout de trois semaines.

Ajoutons toutefois que ces succès si rapides, si complets et si encourageants, ne se sont pas soutenus dans tous les cas de même affection que M. Texier a eu l'occasion de rencontrer depuis. Sur huit malades auxquels il a pratiqué la même opération que chez les deux femmes dont nous venons de rapporter l'histoire, il n'a réussi qu'une fois. Mais malgré les insuccès, ces résultats ne sont pas moins dignes d'intérêt. En effet, en rapprochant ces trois cas heureux des sept autres, où la méthode a échoué, M. Texier a reconnu la cause des insuccès et se croit fondé à formuler les principes suivants, qui nous paraissent mériter d'être pris en considération par les praticiens et qui pourraient peut-être, au besoin, les guider dans l'emploi de cet agent thérapeutique.

Chez les trois malades guéris, la névralgie était permanente, bien que de temps à autre les douleurs devinssent beaucoup plus aiguës; mais dans les trois cas, la névralgie était fixe et sans complication. Dans les cas au contraire où la cautérisation a échoué, on avait eu affaire à des névralgies plus ou moins instables, intermittentes chez quelques unes, susceptibles de déplacements chez d'autres, ou présentant un élément spécial ou une complication, telle qu'un état chloro-anémique.

Il ressort donc de ce rapprochement et de l'ensemble des faits connus jusqu'ici, que la cautérisation de l'hélix est surtout efficace contre les névralgies idiopathiques fixes et persistantes, et que c'est pour ces cas seulement qu'on doit en réserver l'application. (*Moniteur des hôpitaux*, décembre 1856.)

Cautérisation sèche *comme traitement des envies ou taches pigmentaires de la peau.* La pratique médicale n'a pas à remédier seulement aux difformités qui s'opposent au libre accomplissement des fonctions, il faut encore qu'elle ne soit pas désarmée en face de celles qui offensent l'amour-propre des individus qui en sont affectés. Au nombre de ces dernières viennent se classer les taches pigmentaires, lorsque leur développement prend certaines dimensions. Les traités classiques restent muets sur ces sortes de traitement, et c'est dans la pratique des chirurgiens ingénieux qu'il faut aller puiser des enseignements à cet égard. Outre une innocuité entière, complète, les procédés qui seront mis en œuvre doivent conduire d'une manière certaine au résultat désiré. La cautérisation *sèche*, que M. Chassaignac applique à la destruction des taches pigmentaires, appartient à cet ordre de moyens.

Ce mode de cautérisation est celui qu'on emploie habituellement lorsqu'on se sert du caustique de Vienne, mais entouré de soins minutieux qui tous ont pour but de prévenir la suppuration. Pour lui conserver ce caractère essentiel, on doit l'appliquer seulement aux lésions qui affectent une faible épaisseur des tissus, ou, lorsqu'elles présentent une certaine étendue, les attaquer par fractions, en laissant un long intervalle entre chaque cautérisation. La couche de pâte de Vienne doit être la plus mince possible, eu égard à la profondeur de l'altération de la peau; elle n'est jamais laissée en place plus de cinq minutes; on lave la partie escarrifiée avec de l'eau vinaigrée, afin d'enlever toute trace de caustique. Après avoir essuyé avec soin les parties, on applique un morceau d'amadou bien souple, qui a exactement la forme de la surface cautérisée. Si, dès lors, on préserve l'accès de toute humidité, l'amadou adhère d'une façon si intime avec l'escarre qu'il ne tombe qu'avec elle, et celle-ci ne se détache qu'après la cicatrisation complète des tissus qui lui sont subjacents. Cette adhésion de l'amadou est la condition *sine quâ non* de la réussite. En voici un exemple :

Obs. M. Raoux (Louis), vingt-deux ans, externe des hôpitaux de Paris, porte sur le front, à gauche, une tache pigmentaire, un peu mamelonnée, irrégulièrement ovalaire, et présentant les dimensions d'une pièce de

cinq francs : son diamètre transversal a 50 millimètres ; le vertical 53 seulement. Le 22 juin 1853, première application de la pâte de Vienne faite sur le tiers moyen de la tache ; le caustique est laissé pendant quatre minutes, puis remplacé par un morceau d'amadou ; celui-ci, maintenu pendant trois à quatre jours au moyen d'un bandeau, prend des adhérences tellement solides, qu'on peut se dispenser de tout appareil extérieur. — Les phénomènes d'élimination de l'escarre et de la cicatrisation cutanée s'opèrent à sec.

Le 12 octobre 1853, application de pâte de Vienne sur le tiers inférieur de la tache pendant huit minutes ; pansement avec l'amadou, qui adhère très-promptement à l'escarre, et rend, au bout de dix-huit heures, tout pansement externe inutile.

Le 10 février 1854, on attaque le tiers supérieur de la tache ; le caustique est laissé cinq minutes en place.

Ces trois cautérisations terminées, il restait encore, entre le tiers moyen et le tiers inférieur, un petit îlot de matière pigmentaire qui avait échappé aux trois cautérisations précédentes.

Le 18 mai 1854, nouvelle application de trois minutes seulement.

Au 15 juin, la cicatrice était complète.

Le 11 septembre, restait encore, dans le tiers moyen de la cicatrice, un petit mamelon brunâtre ; il est attaqué à son tour : même pansement. Guérison complète le 25 octobre 1854.

Ainsi, ce nævus a été détruit par cinq applications successives faites à grandes distances l'une de l'autre. Les applications caustiques ont duré trois, quatre, cinq et huit minutes, suivant l'épaisseur de la plaque dans les divers points de son étendue. Le pansement a toujours consisté dans l'application d'un morceau d'amadou très-exactement taillé sur la forme même de l'escarre. L'amadou n'a causé ni gêne, ni douleur, et ne s'est détaché que quand la cicatrisation a été complète. Aujourd'hui, la cicatrice est unie et lisse ; elle est blanche dans les points les plus anciennement cicatrisés, légèrement rosée sur les parties cautérisées les dernières ; elle pâlit de jour en jour. Les mouvements de la peau sont parfaitement conservés. Chaque cautérisation n'a nécessité qu'un seul pansement. Enfin, excepté au moment de la cautérisation, il y a eu absence de douleur. (*Union méd. de la Gironde*, décembre.)

Fièvre pernicieuse *éclamptiforme. Médication mixte, quinique et spoliative.* Il n'est presque pas de forme que ne puisse revêtir la fièvre pernicieuse, et quelle que soit son expression symptomatique, de quelque nature que soient les phénomènes morbides de l'accès, il n'en est pas une seule, non-seulement qui exclue l'indication du sulfate de quinine, mais même où cette indication ne soit constamment la première et la principale à prendre en considération, sauf à combiner la médication antipériodique avec telle médication que peuvent réclamer d'une manière plus ou moins urgente les symptômes dominants. C'est là un principe de médecine pratique d'une telle importance, que nous ne laissons jamais échapper l'occasion de le rappeler. C'était d'autant plus le cas de le faire, ici, que le fait que nous allons rapporter est à la fois un spécimen d'une forme rare de fièvre pernicieuse et un exemple frappant des heureux effets de l'application intelligente de ce précepte. Il a été recueilli sur la terre classique de la fièvre pernicieuse, en Afrique, par M. le docteur Netter, aujourd'hui médecin-major à l'hôpital militaire de Strasbourg.

La nommée Mariame, juive, âgée de dix-huit ans, d'une constitution délicate, récemment accouchée, allaitait depuis vingt jours, quand, à la suite d'une vive querelle et d'actes de violence, elle fut réveillée au milieu de la nuit suivante par une céphalalgie aiguë. Au même moment, elle fut prise d'un tremblement général, avec sensation de froid, suivi plus tard de chaleur et d'agitation ; bientôt elle tomba dans des convulsions qui alternèrent avec le coma. Cet état se maintint toute la journée du lendemain. M. Netter, appelé le jour même, à six heures du soir (c'était le 2 mars), trouva cette femme couchée par terre, sur un matelas, sans connaissance, le pouls fréquent, mais peu développé. Vingt-quatre sangsues aux tempes et des compresses froides sur le front furent appliquées immédiatement. Toute la nuit la malade eut des convulsions qui revinrent par accès et présentèrent le caractère épileptiforme. Elle était couchée sur le dos, les membres étendus et écartés n'offrant d'autre signe de vie qu'un pouls peu développé et une respiration assez faible. Tout à coup l'attention des assistants est excitée par quelques mouvements de tête, puis aussitôt les membres se roidissent par degrés ; la face, devenue

rouge, est agitée de contractions vivement répétées ; les arcades dentaires sont violemment rapprochées, et la langue serrée entre elles. Tout le corps roidi est secoué par des mouvements brusques et successifs. Les inspirations sont courtes, précipitées et irrégulières; le pouls petit et fréquent. Après quelque durée, ces contractions diminuent, le pouls faiblit, la respiration se ralentit et devient stertoreuse, des mucosités sanguinolentes encombrent la bouche, et la malade retombe dans le coma, pâle et presque inanimée.

Ces accès courts, mais excessivement fréquents, se renouvelèrent un grand nombre de fois dans la nuit, et il n'y eut de la rémission que dans la matinée. Outre les vingt-quatre sangsues appliquées la veille, une saignée de 400 grammes avait été pratiquée dans la nuit, et on avait prescrit un lavement purgatif.

Le 3 mars, à huit heures du matin, la malade étant dans un coma profond et dans un état d'insensibilité absolue, mais sans convulsions, M. Netter prescrit 3 grammes de sulfate de quinine en solution, à prendre à partir de midi, par petites quantités à la fois. — Un accès épileptiforme a eu lieu dans la journée, mais moins intense que celui de la nuit précédente. — Le sulfate de quinine est continué, et l'on prescrit en outre trois vésicatoires, deux aux cuisses et un à la nuque; onguent mercuriel (4 grammes) en frictions sur la tête.

4 mars. La nuit a été assez tranquille; selle et miction involontaires; un petit accès épileptique à cinq heures du matin. (Sulfate de quinine 3 grammes; continuer les frictions mercurielles.)

5 mars; nuit tranquille, point d'accès. (Lavement laxatif; sulfate de quinine 1 gramme, frictions mercurielles.)

Le 6. Un léger frisson s'est manifesté la veille au soir, en même temps que quelques mouvements convulsifs des membres; mais cet accès a été beaucoup plus court et surtout plus léger que les précédents.

A dater de cette époque, quelques petits accès se reproduisent encore à des intervalles irréguliers, mais toujours en s'affaiblissant. Le sulfate de quinine est continué à dose décroissante.

M. Netter a eu l'occasion d'observer un autre cas analogue à celui que nous venons de rapporter, mais dont l'issue a été plus malheureuse. Il est relatif à un sous-officier, qui fut pris, dans le courant de l'été de 1850, au milieu de la nuit, d'accès épileptiformes tout à fait semblables à ceux dont on vient de lire la description, et alternant comme eux avec le coma. Le sulfate de quinine à doses élevées et les émissions sanguines avaient été également mis en usage; mais malheureusement, par suite d'une négligence, le malade n'ayant pris qu'une faible partie seulement de la dose de sulfate de quinine prescrite, trente-six heures après la disparition des phénomènes encéphaliques du premier accès, le même cortége de symptômes se présenta avec plus d'intensité encore, et le malade succomba. Ce fait malheureux n'est lui-même encore qu'une confirmation de ce que nous avons cherché à démontrer par l'exemple précédent. (*Union médicale*, décembre 1856.)

Fissure *à l'anus. De sa cure radicale par l'action topique du chloroforme.* Un simple coup d'œil jeté sur les divers traitements dirigés avec succès contre cette maladie suffit pour se convaincre que, quel que soit celui des deux éléments dont on ait triomphé, on amène la guérison du malade. Seulement, les moyens qui s'adressent directement à la contracture du sphincter anal fournissent une cure beaucoup plus prompte que ceux dirigés contre l'ulcération, mais leur mise en œuvre est éminemment douloureuse. Suivant M. le docteur Chappel (d'Angoulême), on arriverait à une guérison aussi prompte en évitant les dangers de l'incision ou de la dilatation forcée, à l'aide de l'emploi topique du chloroforme étendu d'alcool.

« Suivant le degré de sensibilité des malades, je diminue ou j'augmente, dit notre confrère, la proportion du chloroforme. Ordinairement, je me sers de la solution suivante : alcool, 50 grammes; chloroforme, 10 grammes. — Voici comme je procède : avec les doigts de la main gauche, j'écarte les bords de l'orifice anal, puis j'introduis profondément dans cette ouverture un pinceau à aquarelles, en poils de blaireau, préalablement trempé dans la solution chloroformique, et je retire les doigts. Le sphincter presse naturellement sur le pinceau, exprime le liquide qu'il contient, lequel agit rapidement sur les tissus contractés, détermine une chaleur vive et pénétrante sur les surfaces contaminées, et en particulier sur les points où existe la fissure. Aussitôt après, la coarctation

anormale cesse, et le patient n'éprouve plus que l'effet du liquide appliqué. Ce mode de traitement est complétement inoffensif; il n'a d'autre inconvénient que la douleur locale et immédiate qui suit l'application du liquide chloroformique; mais, heureusement, cette sensation douloureuse n'a qu'une durée limitée. »

L'auteur rapporte 14 cas dans lesquels il a eu recours à l'application de ce traitement avec un succès constant. Sur les 24 malades, 4 ont guéri après une seule application; 6 en ont exigé 2; chez 3 autres, il a fallu avoir recours trois fois à l'application de la solution; enfin, chez 2 seulement, 4 applications ont été nécessaires pour produire la guérison. (*Compte rendu de l'Acad. de médecine*, décembre.)

Imperforation *de la membrane hymen, produisant des accidents chez une enfant de deux mois. — Opération et guérison.* Dans le petit nombre de cas d'imperforation de l'hymen connus dans la science, c'est presque toujours à l'époque de l'établissement de la menstruation que se sont manifestés les premiers accidents qui ont appelé l'attention sur ce vice de conformation et provoqué l'intervention de l'art. On conçoit cependant qu'à une époque beaucoup moins avancée et même dans les premiers temps de la vie, la rétention d'un flux leucorrhéique, par exemple, puisse donner lieu à des accidents de même genre et nécessiter l'opération plus tôt qu'on n'est dans l'usage de le faire. C'est ce qui a eu lieu dans le fait suivant, rapporté par M. le docteur Godefroy, de Rennes.

M. Godefroy fut consulté pour une petite fille âgée de deux mois, qui portait une tumeur à la vulve, laquelle augmentait de volume pendant les cris et les efforts de la défécation et de la miction. Cette enfant était pâle, grêle, chétive; le ventre était dur et tendu. En écartant les grandes lèvres et les petites lèvres, l'on apercevait l'orifice du vagin occupé par une petite tumeur molle, hémisphérique, du volume de l'extrémité du doigt auriculaire, et adhérente à la circonférence vaginale par tout le pourtour de sa base. Cette tumeur, d'un blanc bleuâtre, était indolente. Le toucher y faisait reconnaître une sorte de fluctuation, la pression la déprimait; mais elle ne tardait pas à reprendre son volume primitif aussitôt que l'on cessait de la comprimer.

Reconnaissant à ces signes une imperforation de l'hymen avec rétention d'un liquide, M. Godefroy n'hésita pas à pratiquer au centre de la tumeur une ponction d'environ cinq millimètres d'étendue. Cette ouverture donna issue à un liquide visqueux, filant comme du blanc d'œuf, très-épais, en tout semblable au mucus utérin, et dont il fut obligé de favoriser la sortie en le prenant avec un linge et en comprimant légèrement le ventre de l'enfant. Après en avoir retiré environ une bonne cuillerée à café, un brin de charpie fut introduit entre les lèvres de la petite plaie, afin de s'opposer à leur réunion immédiate. Cet hymen était très-fort et très-vasculaire; il avait environ deux millimètres d'épaisseur; quelques gouttes de sang s'écoulèrent lors de sa section.

M. Godefroy a revu l'enfant depuis. Les deux lèvres de la plaie étaient cicatrisées isolément, et elle était dans les meilleures conditions de santé. (*Gazette des hôpitaux*, décembre 1856.)

Névralgie ilio-scrotale. *Efficacité des bains de vapeur.* La névralgie ilio-scrotale ou névralgie lombo-abdominale, *testicule douloureux*, comme l'appellent les auteurs anglais, peut être essentielle ou symptomatique ainsi que nous en connaissons des exemples. Dans ce dernier cas, on chercherait en vain à combattre la névralgie, tant qu'on n'atteindrait pas la cause qui l'entretient. Mais quand elle est essentielle, elle est accessible aux agents thérapeutiques et curable par les mêmes moyens qu'on oppose habituellement avec succès aux névralgies et plus particulièrement à celles qui sont d'origine rhumatismale. Voici un fait qui offre un exemple du succès des bains de vapeur en pareil cas, bien qu'ici rien ne porte à penser que la névralgie fût de nature rhumatismale.

Un homme de trente et un ans, n'ayant jamais eu d'affection syphilitique ou blennorrhagique, est pris, sans cause appréciable, d'une douleur aiguë, lancinante, dans la région lombaire du côté gauche, douleur qui se propageait vers l'os iliaque, la région hypogastrique et le scrotum. Dans les moments de vive douleur, le testicule était rétracté, sensible à la pression, mais il n'était point tuméfié. L'émission des urines était toujours régulière; point de fièvre. Des bains, des cataplasmes émollients, n'avaient apporté aucun soulagement. Le malade entra dans cet état à l'Hôtel-Dieu de Bordeaux, dans le service de M. H. Gin-

trac. Quatre ventouses scarifiées sur le point douloureux, des bains et des cataplasmes ne produisirent aucun amendement. Un vésicatoire volant sur la région lombaire resta également sans effet; on ne fut pas plus heureux après l'avoir pansé avec l'hydrochlorate de morphine. Il en fut de même, enfin, de l'usage des bains avec le sulfure de sodium, des liniments opiacés, du chloroforme : les douleurs persistaient toujours aussi vives, continues, offrant seulement par moments des exacerbations irrégulières. Le malade était toujours privé de sommeil, bien que le pouls continuât à rester calme.

Après avoir constaté pendant une période de dix jours l'insuccès de ces différents moyens, M. H. Gintrac eut recours alors aux bains de vapeur. Le premier bain donna lieu à une transpiration générale abondante, qui fut suivie d'une légère amélioration. Les bains de vapeur furent continués pendant huit jours consécutivement; ils provoquèrent chaque fois une sueur copieuse. Bref, sous l'influence de cette médication, les douleurs disparurent complétement, et le malade sortit guéri après un séjour de vingt jours à l'hôpital. (*Journal de Médecine de Bordeaux* et *Moniteur des Hôpitaux*, décembre 1856.)

Oxyures vermiculaires *chez l'adulte; guérison par le semen-contra à haute dose.* Les oxyures très-fréquents, comme tous les praticiens le savent, chez les enfants, se rencontrent quelquefois aussi chez l'adulte, et ils produisent dans ce cas des désordres beaucoup plus graves et surtout beaucoup plus tenaces que dans le jeune âge; ils se manifestent particulièrement par des accidents de voisinage qui pourraient aisément donner le change pour des affections diverses de la vessie ou des organes génitaux, si l'on n'était prévenu. Il importe donc que l'attention des praticiens soit fixée sur ce point, et qu'ils cherchent à s'assurer de l'existence de ces petits helminthes, dans le cas où des accidents dans les régions que nous venons de désigner ne leur paraissent pas s'expliquer suffisamment par une cause directe ou évidente. Quant au traitement, il doit être le même pour les adultes que pour les enfants ; c'est, dans un cas comme dans l'autre, le semen-contra qui réussit le mieux à faire périr ou à expulser les oxyures, mais il faut qu'on sache que les doses et le mode d'administration doivent différer, et qu'on n'obtiendrait aucun résultat si l'on s'en tenait au mode d'administration adopté pour l'enfance. Voici à cet égard des indications très-utiles à consulter, que nous empruntons à un excellent article inséré par M. le docteur Émile Marchand, de Sainte-Foy. Lorsqu'on soupçonne la présence de ce ver, voici, d'après M. Marchand, comment il faut s'y prendre pour avoir une conviction arrêtée : l'examen de l'anus doit se faire le soir, pendant une crise; on élargit ses plis, où l'on peut en rencontrer. Si cela ne suffit pas, on fait prendre un lavement d'eau froide; on le fait rendre, en priant le malade d'évacuer le moins de matières fécales possible; on décante, et on trouve les oxyures au fond du vase.

C'est le semen-contra qui est le moyen le plus sûr de guérir complétement cette affection. M. Marchand affirme que ce remède lui a toujours réussi; seulement il le donne tout autrement qu'on a coutume de le faire pour les enfants. Il administre le semen à très-haute dose. Voici, en outre, les précautions qu'il prend et qu'il recommande :

1° Il se sert de semen-contra fraîchement pulvérisé;

2° Il fait prendre chaque jour trois cuillerées à café de cette poudre : le matin, à midi, et le soir en se couchant. On délaye le remède dans quelques cuillerées d'eau, et on l'avale comme une dose de cubèbe;

3° Il soumet les malades au régime animalisé, qui laisse peu de résidu;

4° Il prescrit chaque jour quelques centigrammes d'opium, pour diminuer le nombre des selles.

Les malades prennent facilement ces hautes doses de semen-contra, qui leur procurent une sorte d'excitation cérébrale. Après deux ou trois jours de l'emploi de ce moyen, les crises diminuent. Il faut continuer dix ou douze jours. Une condition essentielle pour la réussite, c'est la constipation. Si les évacuations alvines sont rares, on voit que les boudins stercoraux sont en grande partie composés de poudre de semen-contra et les oxyures qui leur sont adhérents sont privés de vie, plus volumineux et renferment encore leurs œufs (*Annales de la Flandre occidentale* et *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, décembre 1856.)

Ulcère *scrofuleux; son traitement par l'acétate de plomb.* Il arrive souvent que, malgré la continuité d'un traitement général des mieux compris,

des ulcères scrofuleux restent stationnaires, exigent l'addition de moyens topiques convenables. Dans ces cas, M. Gosse, médecin de bataillon à Tournay, a constaté, à plusieurs reprises, de prompts et heureux effets de l'emploi méthodique de la pommade suivante :

Pr. Sous-acétate de plomb liq. 25 gr.
Huile de foie de morue... 25 gr.
Jaune d'œuf. n° 1.

On commencera par simplifier la lésion : les bords trop animés, trop irréguliers seront excisés ; les clapiers purulents sont mis à jour au moyen de contre-ouvertures et de sétons, et les complications inflammatoires préalablement enlevées au moyen de cataplasmes émollients; puis toute la surface ulcérée est cautérisée par le crayon de nitrate d'argent et recouverte de plumasseaux ccratés.

Le lendemain commencent les pansements journaliers avec la pommade d'acétate de plomb étendue sur de la charpie, et l'on a soin de préserver la partie malade du contact de l'air, par l'intermédiaire d'une couche épaisse d'ouate. En peu de jours, on voit l'ulcère perdre de sa couleur blafarde et grisâtre, se couvrir de bourgeons charnus, vermeils et consistants, et fournir une suppuration de bonne nature; les bords contractent adhérence ; en un mot, le travail de la cicatrisation ne tarde pas à s'annoncer tant sur les bords que sur plusieurs points à la fois de la surface malade. La cicatrice elle-même sera solide, régulière et sans brides.

Il pourra se faire que l'on soit obligé de recourir plusieurs fois à la cautérisation avec le nitrate d'argent, dans le but de ranimer la vitalité des parties, car on sait que les ulcères scrofuleux ont une tendance remarquable à se couvrir de fongosités contre lesquelles l'action faiblement astringente de l'acétate de plomb serait peut-être insuffisante. Quant à la durée du traitement, elle varie, selon le cas, de quelques semaines à deux ou trois mois, et le résultat ne laisse pas d'être très-satisfaisant, eu égard à la chronicité, et surtout à la ténacité de l'affection. (*Arch. belges de Méd. milit.*, et *Union méd. de la Gironde*, 1856.)

VARIÉTÉS.

L'Académie a procédé à la nomination des membres qui doivent faire partie de ses commissions permanentes.—*Epidémies :* MM. Jolly, Trousseau et Henri Bouley. — *Eaux minérales* : MM. Gibert et Boudet. — *Remèdes secrets* : MM. Poggiale et Roche. — *Vaccine :* MM. Bricheteau et Leblanc. — *Comité de publication* : MM. Louis, Bousquet, J. Cloquet, Nélaton et Wurtz.

Par arrêtés du ministre de l'instruction publique, sont maintenus pour trois ans, dans leurs fonctions près la Faculté de médecine de Montpellier, les agrégés en activité dont les noms suivent et dont le temps d'exercice est expiré, savoir : MM. Bourely, Pareller, 3e section ; Quissac, 4e section.

Sont rappelés à l'activité près la Faculté de médecine de Montpellier les agrégés libres dont les noms suivent : 1° pour trois ans, M. Brousse, 2e section ; M. Broussonnet, 3e section (médecine légale) ; 2° pour six ans, M. Viguier, 1re section (botanique et histoire naturelle) ; M. Lescellier-Lafosse, 4e section (accouchements).

Les quinze agrégés actuellement en exercice près la Faculté de médecine de Montpellier sont répartis ainsi qu'il suit dans les quatre sections : 1re SECTION. — *Sciences anatomiques et naturelles*. — Anatomie et Physiologie: Bourdel, Jacquemet ; histoire naturelle : Viguier.

2e SECTION. — *Sciences physiques, chimiques et toxicologie.* — Chimie générale et toxicologie, Faget ; chimie pharmaceutique, Brousse.

3e SECTION. — *Sciences médicales*. — Pathologie interne, clinique interne,

pathologie générale, thérapeutique et matière médicale, hygiène : Parlier, Bourely, Lassalvy, Combal, Girbal ; médecine légale, Broussonnet.

4e SECTION. — *Sciences chirurgicales, accouchements.* — Chirurgie : Quissac, Montet, Garimond ; accouchements, Lescellier-Lafosse.

Sont rappelés à l'activité pour trois ans, près la Faculté de médecine de Strasbourg, les agrégés libres dont les noms suivent, savoir : MM. Arronssohn, 3e section ; Bach, 4e section.

Les douze agrégés actuellement en exercice près la Faculté de médecine de Strasbourg sont répartis ainsi qu'il suit dans les quatre sections :

1re SECTION. — *Sciences anatomiques et physiologiques.* — Anatomie et physiologie, Koeberlé ; botanique et histoire naturelle, Kirschleger.

2e SECTION. — *Sciences physiques.* — Chimie, Strohl.

3e SECTION. — *Médecine proprement dite et médecine légale.* — Pathologie interne, clinique interne, pathologie générale, matière médicale et thérapeutique, hygiène et physique : Dagonnet, Hirtz, Arronssohn, Joyeux, Coze ; médecine légale, Wieger.

4e SECTION. — *Chirurgie et accouchements.* — Pathologie externe, Bach ; clinique externe, Held ; accouchements, Hergott.

M. le docteur Béchamp, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg, est nommé professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

MM. Bouneau, Hervez de Chégoin, Cruveilhier et Paul Dubois, médecins et chirurgien, de nos hôpitaux, ont cessé leur service le premier janvier. La mise à la retraite de M. P. Dubois l'atteint seulement dans ses fonctions de chirurgien en chef de l'hospice de la Maternité ; le savant accoucheur reste comme professeur de la Faculté chargé du service d'accouchement de l'hôpital des Cliniques.

M. le docteur Goffres, médecin principal des hôpitaux militaires de Montpellier, vient d'être nommé chirurgien en chef do l'hôpital militaire de Toulon. La spécialité de M. Goffres ne lui permettait plus de rester à Montpellier, où il aurait dû faire un service médical.

La distribution des prix aux élèves de l'École de médecine et de pharmacie de Lille, pour l'année scolaire 1855-56, a eu lieu à Douai, à la rentrée solennelle de la Faculté des lettres et de la Faculté des sciences.—Voici les noms de lauréats, *Médecine.* 1re division, 3e année.— 1er prix, Jacquart, de Tourcoing ; 2e prix, A. Cauchy, de Romeries ; mention honorable, Van Peteghem. — 2e division, 2e année.—1er prix, A. Couvreur, de Gondecourt ; 2e prix, Barbry, de Thiennes. — 3e division, 1re année. — 1er prix, H. Cazin, de Boulogne-sur-Mer ; 2e prix, Boulard, de Houdin (Nord) ; mention honorable, Bart. — *Pharmacie.* — Rappel du 1er prix de l'année dernière, médaille d'argent, S. Bernard, de Pecquencourt (Nord). Prix, Coisnes, de Courrières (Pas-de-Calais).

Les fonctions de professeur adjoint de la clinique chirurgicale de l'Ecole de médecine de Lyon, qui viennent d'être confiées à M. le docteur Barrier, forcent cet honorable confrère à abandonner la rédaction de la *Gazette médicale de Lyon*. Le *Bulletin de Thérapeutique*, qui a eu l'honneur de compter le nouveau rédacteur en chef au nombre de ses collaborateurs, est complètement rassuré sur l'avenir de cette importante publication ; nul n'était plus apte que M. Garin à recueillir et à conserver les excellentes traditions de son prédécesseur.

Le docteur Durand Fardel commencera son cours sur les eaux minérales envisagées au point de vue du traitement des maladies chroniques, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, le lundi 19 janvier, à huit heures du soir, et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Résumé sommaire des travaux publiés par le *Bulletin de Thérapeutique* pendant l'année 1856 (¹).

La glycérine est encore un moyen nouveau, dont on a tenté nombre d'applications plus ou moins heureuses en thérapeutique ; pour ce qui est des applications de ces agents au traitement des maladies de la peau, nul mieux que M. Devergie n'était en mesure de nous édifier sur ce point. Si de ce travail remarquable il résulte, d'une part, que quelques-uns avaient singulièrement exagéré l'efficacité de la glycérine, soit simple, soit médicamenteuse, on ne saurait douter, d'un autre côté, que les médecins ne doivent trouver en elle, dans quelques cas, un moyen utile pour abréger la durée de quelques maladies, et en simplifier heureusement la marche. Nous ne ferons que rappeler également les premiers essais auxquels l'habile médecin de l'hôpital Saint-Louis s'est livré sur l'action thérapeutique de l'*hydrocotyle asiatica*, dans le traitement de la lèpre et et de l'eczéma chronique. La première conclusion formulée par cet expérimentateur prudent sur cette question, c'est que, contrairement à l'opinion exprimée par M. Lépine, pharmacien de première classe de la marine, cette plante, fortement aromatique, est douée de propriétés toxiques énergiques. N'oublions jamais ce premier devoir du médecin, *primò non nocere*. Mais maniée avec la prudence qu'enseigne une expérimentation sage, il semble que cet agent puissant n'est pas dépourvu de toute influence curative dans les eczémas chroniques. Au reste, l'auteur réserve son jugement sur cette question : cette substance est encore à l'étude, et nous espérons que M. Devergie sera bientôt en mesure de donner à la question qu'il a lui-même posée la solution définitive que la science attend.

Cette réserve dans l'appréciation des choses de la thérapeutique, c'est la sagesse de l'art, c'est l'art même. En jetant ainsi chaque année un coup d'œil rapide sur les travaux de l'année qui vient de s'écouler, nous nous mettons en mesure de rectifier ce qu'une expérience trop hâtive ou trop timide est loin tout d'abord d'avoir enseigné. Comme dans le cas où quelqu'un de nos collaborateurs aurait trop bien présumé de l'efficacité d'un médicament, nous n'hésiterions pas à signaler cette erreur; de même, devons-nous signaler d'une façon plus expresse à l'attention de nos lecteurs les agents

(¹) Suite. Voir le précédent numéro, page 5.

dont une expérimention développée sur une large base a confirmé les heureux résultats. Il en est incontestablement ainsi, par exemple, du chlorate de potasse. Cet agent puissant dont, depuis longues années, personne ne s'occupait plus, a enfin reconquis dans la matière médicale la place qu'il n'eût jamais dû perdre. La stomatite mercurielle comme la stomatite ulcéro-membraneuse ont désormais dans ce moyen un remède aussi sûr, que les fièvres intermittentes et la syphilis dans le quinquina et le mercure. Mais là ne devait pas se borner l'étude thérapeutique de ce moyen puissant : il devait être mis en présence de localisations morbides, d'affections pathologiques qui ont plus d'un rapport avec les maladies que nous venons de nommer. M. le docteur Isambert a entrepris cette importante monographie. Nous appelons surtout l'attention de nos lecteurs sur les faits intéressants que rapporte cet auteur, et qui, s'ils viennent à être confirmés, dans leur signification, par des faits nouveaux, mettront entre les mains des médecins une arme puissante contre une maladie terrible, l'angine membraneuse, le croup peut-être. Nous rapprocherons également de ces faits ceux qu'a cités M. Thibeaud, professeur à l'école de Nantes, et qui prouvent que l'acétate de potasse employé à haute dose peut très-utilement être employé dans le traitement de l'ascite, qu'entraînent si souvent à leur suite les fièvres intermittentes de longue durée. Nous savons bien que le sulfate de quinine, les préparations ferrugineuses, peut-être même les vésicatoires larges sur la région splénique, parviennent presque toujours à faire disparaître l'infarctus viscéral dont cette hydropisie est la conclusion; mais pour qui s'est mesuré avec les difficultés de la pratique, il ne saurait être douteux que des cas se présentent quelquefois où ces moyens échouent, et où faire appel à l'organisme par une autre médication peut être une tentative utile. D'ailleurs le sulfate de quinine et le vin de Séguin, qui sont, en semblables circonstances, les agents sur l'efficacité desquels on peut le plus sûrement compter, sont souvent, aux doses élevées où il faut les employer, au-dessus des ressources des malheureux; et l'acétate de potasse, à ce point de vue, se recommande encore à l'attention des praticiens. Dans le principe hippocratique que nous rappelions tout à l'heure, *primò non nocere*, le médecin philanthrope doit lire en même temps que pour guérir les gens il faut, s'il se peut, ne pas les ruiner.

Dans notre correspondance médicale, où viennent naturellement se placer les observations intéressantes que peuvent faire et que font souvent les médecins qu'absorbent les exigences de la pratique,

nos lecteurs ont pu s'édifier sur l'utilité de ce cadre du journal. Il nous suffira de rappeler les communications de ce genre que nous devons à MM. Lecointe, Gros, Marotte, Hervieux, Charrière, Privat Paris, Philippeaux, Serre (d'Alais), Delpench, Saucerotte fils, Devaux, etc., pour montrer que de fines observations peuvent être faites sur le terrain ardu de la pratique commune, quand on y apporte l'intelligence qui voit et le cœur qui sent, double ressort moral sans lequel la médecine abaissée n'est que le plus triste des métiers.

Nous arrêterons ici notre résumé, pour ce qui a trait à la médecine, bien qu'il nous fût facile de lui donner beaucoup plus d'extension, rien qu'en rappelant, sans les juger, les nombreux travaux qui sont entrés dans les colonnes du journal pendant l'année qui vient de finir. La pratique a des exigences infinies, et tous ces travaux répondent à ces exigences ; mais la science a aussi les siennes, et ce sont surtout les travaux qui répondent à ces dernières que nous avons voulu mettre en relief, pour montrer une fois de plus que si notre but principal est de servir les intérêts immédiats de la pratique, nous nous préoccupons aussi du progrès de la science, et nous efforçons par là de perfectionner la pratique elle-même.

C'est dans ce même esprit que nous allons rappeler succinctement les principaux travaux par lesquels le *Bulletin général de Thérapeutique* s'est efforcé de concourir, dans la mesure de ses forces, au perfectionnement de l'art chirurgical.

Un des travaux de cet ordre que nous citerons tout d'abord, c'est celui de M. le professeur Bonnet, de Lyon, et qui est relatif aux kystes suffocants du cou et à leur traitement. Bien que peu étendu, ce travail a permis à l'éminent chirurgien de Lyon de nous montrer une fois de plus les deux plus belles qualités de son intelligence, l'originalité et la sagacité. Pourquoi et comment ces kystes provoquent-ils une dyspnée continue, qui souvent arrive jusqu'à une véritable suffocation? Il semblerait que ces effets dussent être bien plutôt la conséquence de ces vastes goîtres qui envahissent toute la partie antérieure du col, que l'effet immédiat des petits kystes dont il est ici question. Mais il n'en est pas ainsi : c'est précisément le peu d'étendue de ces kystes, situés au bas de cette région, qui leur permet de se développer en dedans et d'aller comprimer la trachée-artère. La discussion simple et lumineuse tout ensemble à laquelle M. Bonnet s'est livré sur ce point délicat d'étiologie chirurgicale a dû faire sur l'esprit des lecteurs du *Bulletin* une impression que nous n'avons besoin que de rappeler. Le traitement à

opposer à cette maladie grave, quand elle arrive à un certain degré de développement, est aussi simple et aussi rationnel que cette étiologie. C'est parce que ces kystes, dans les mouvements de la respiration, sont en quelque sorte aspirés, qu'ils gênent cette fonction, qu'ils peuvent aller jusqu'à la suspendre complétement; eh bien! c'est à les rendre immobiles que l'on doit s'appliquer. Si le moyen propre à atteindre ce but les supprime, tant mieux; mais avant tout, et surtout, il faut lutter contre cette mobilité, il faut les empêcher d'aller comprimer la trachée-artère. Ce moyen, nous n'avons également besoin que de le rappeler, c'est la cautérisation. Nous le dirons encore une fois, qu'on lise avec l'attention qu'il mérite ce petit travail du savant chirurgien de Lyon, et nous sommes convaincu qu'on le jugera comme nous; il y a là une netteté de vue, une justesse d'appréciation qui suffiraient, non sans doute, à valoir à M. Bonnet la haute estime dont il jouit parmi nous, mais à faire pressentir que l'auteur d'une conception si simple et si ingénieuse tout à fois la mériterait un jour.

Un travail qui sans doute ne résout pas aussi nettement que le précédent la question qu'il pose, mais qui, par l'immense importance de la solution qu'il poursuit, mérite d'être rappelé, c'est celui de M. Seutin, et qui a pour but de subsituer un simple taxis à l'opération sanglante dans la réduction des hernies étranglées. Assurément, nous le répétons encore, cette question est loin d'être résolue, mais elle vaut certainement la peine d'être posée. Peut-être quelques chirurgiens se hâtent-ils trop d'en venir à l'*ultima ratio* de l'art dans cette maladie. L'initiative de M. Seutin n'eût-elle pour résultat que de tempérer un peu cet entraînement de la main, qu'il eût bien mérité de la science et de l'humanité. Pour nous, qui avons appris à l'école de plusieurs maîtres combien est périlleuse la herniotomie, nous engageons fortement nos confrères à se bien pénétrer des vues originales du savant chirurgien de l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, et à en tenter l'application, en y mettant la mesure que donne naturellement la pratique de l'art aux esprits attentifs; ils parviendront peut-être à éviter une opération sanglante, dont tous savent le danger, et l'art aura fait un pas de plus dans la voie la plus sûre de la chirurgie, qui est de simplifier le plus possible ses procédés, sans nuire à la sûreté des résultats.

Une question qui, si elle était résolue dans le sens de celui qui l'a posée, aurait bien heureusement ce résultat, c'est celle qu'a élevée dans ces derniers temps un chirurgien militaire distingué, M. le docteur Bonnafont. Cette question, qui a trait à l'occlusion des pau-

pières dans le traitement des ophthalmies, a été portée à l'Académie : eu égard à son importance, et au retentissement que la discussion académique lui donnait nécessairement, nous avons cru devoir l'examiner avec une complète indépendance. Dans notre opinion, le chirurgien de l'hôpital du Roule a exagéré l'utilité d'un moyen qui, dans certaines limites, peut être avantageux. Nous aussi, nous sommes convaincu qu'à manier le nitrate d'argent, comme nous l'avons vu faire quelquefois, il y a danger ; il y a là une témérité qui nous épouvante : mais l'expectation qu'implique nécessairement la méthode dont il s'agit a aussi dans quelques cas ses périls. Tâchons d'éviter Carybde et Scylla. Dans certains cas, qui n'appellent pas impérieusement l'application du sel d'argent, comme dans quelques kératites, dans l'ulcère chronique de la cornée, etc., nous dirons hardiment : Abstenez-vous ; abstenez-vous surtout si vous n'avez appris, sous la discipline habile d'un maître, à manier cet agent redoutable, et contentez-vous de l'occlusion ; mais n'abusez pas de ce moyen, car pendant que vous abandonnez ainsi à la nature la résolution du mal, celui-ci peut grandir, et vous, vous pouvez perdre l'occasion d'être utile, *occasio præceps*. Dans tous les cas, M. Bonnafont a été bien inspiré, en agitant cette question : le débat n'a pas été complétement stérile ; c'est en vue d'en faire sortir quelques enseignements utiles, que nous avons cru devoir le transporter dans les colonnes du *Bulletin général de Thérapeutique*.

Pour ne pas prolonger indéfiniment ce travail, nous ne ferons que mentionner les études intéressantes d'un chirurgien justement estimé, M. Goyrand (d'Aix), sur le bec-de-lièvre et sur les moyens d'assurer la cicatrisation de la suture labiale, sur le mémoire relatif à la rupture de l'ankylose de la hanche, sur un non moins intéressant article de M. Aran, relatif à l'emploi topique du vésicatoire dans les maladies de l'utérus, la notice si complète de M. Chassaignac sur l'amputation de la langue ; nous ne ferons également que rappeler divers résumés que nous avons cru utile de faire de l'état de la science sur le traitement du spina bifida, sur l'entérotomie iliaque et lombaire dans l'imperforation de l'anus, etc., etc., et nous fixerons un peu plus longtemps l'attention de nos lecteurs sur un travail plein d'intérêt de M. Paul Broca, et qui aura certainement pour résultat de simplifier le traitement du bubon, en le rationalisant. Dans la pensée du savant agrégé de la Faculté de médecine de Paris, l'inflammation porte tout d'abord sur les ganglions inguinaux ; pendant un temps plus ou moins long, elle est

localisée là : si elle franchit cette limite, si elle gagne le tissu cellulaire ambiant, c'est que l'art l'a ainsi laissé grandir, quand il pouvait l'empêcher de rayonner au delà de son siége primitif. Or, maintenant, comment doit-on s'y prendre pour prévenir ce développement du mal ? Le procédé est bien simple, il suffit de ponctionner la tumeur avant qu'elle se soit ainsi étalée, et d'évacuer le pus qui, tant qu'il est emprisonné, entretient le travail inflammatoire dont il est le résultat, et le suscite dans le tissu cellulaire voisin. Nous disons qu'il y a là une appréciation saine des choses, et nous ne croyons pas devoir faire une œuvre vaine en rappelant ce travail bien fait, fruit d'une analyse intelligente, à nos bien-aimés lecteurs. Si nous nous souvenons bien, on a contesté à M. Paul Broca la priorité de cette idée, qui appartient, dit-on, à un vieux médecin de Normandie. Nous ne sommes, nous l'avouerons, que médiocrement édifié par ces explosions de reconnaissance posthume qui voudrait dépouiller les vivants en faveur des morts. Le caractère de M. Broca le défend contre tout soupçon de plagiat : il a trouvé ce qu'il dit avoir trouvé ; on doit l'en croire, et ce qu'il y a de juste dans sa conception, sa plume saura le fixer dans la mémoire des hommes. Cette lutte dans le monde des infiniment petits nous attriste toujours : aussi ne la laissons-nous que bien rarement se produire dans les colonnes du *Bulletin de Thérapeutique*.

Nous ne voulons pas clore ce résumé sans rappeler une observation extrêmement intéressante que nous devons à M. René Briau, et qui met en relief une cause peu connue des vomissements incoercibles des femmes enceintes : cette cause, c'est l'enclavement de l'utérus dans la concavité du sacrum. Cette observation est un modèle d'exposition simple, lucide ; les réflexions qui l'accompagnent sont marquées au coin du bon sens, de la sagacité et de la prudence. Nul doute que certains esprits, un peu prompts à la décision, ne se fussent empressés, dans ce cas, de se poser la question toujours si grave de l'accouchement prématuré artificiel : M. René Briau et M. le professeur Moreau ont suivi une ligne de conduite beaucoup plus simple ; ils ont réduit l'utérus, et à partir de ce moment, les vomissements ont cessé et la grossesse a suivi sa marche ordinaire. Voilà une observation qui vaut un livre : aussi bien avons-nous voulu finir ce résumé en la rappelant, convaincu qu'en laissant nos lecteurs sous l'impression de cette observation vraiment originale, ils comprendront mieux l'utilité que nous voulons donner à cette revue rétrospective.

Voilà ce que nous avons fait ; quant à ce qui s'est fait ailleurs,

notre répertoire bimensuel, la bibliographie, l'ont dit avec impartialité, avec indépendance : la vérité, d'où qu'elle vienne, nous la recevons comme un hôte ami, et elle a toujours sa place au foyer du journal que nous avons l'honneur de diriger.

De la saignée des veines ranines dans les maladies du pharynx.

Par le docteur M. Mestivier.

IV. La saignée convient-elle dans toutes les angines ? quelles sont celles dans lesquelles elle est utile ? ce sont là les points importants de la question. Pour bien établir cette utilité, il faut se rappeler toutes les diverses espèces d'angine ; en pratique, on peut, je crois, en faire deux grandes divisions :

1° Angines bénignes	pouvant siéger dans toutes les parties de l'arrière-bouche. Comme type, l'angine tonsillaire simple (amygdalite).	
2° Angines malignes.	Angine gangréneuse.	
	Angine diphthéritique.	gutturale. pharyngienne. laryngienne (croup).

Dans les premières, il me paraît bien démontré que les saignées des ranines sont fort utiles dans tous les cas ; faites au début de l'affection chez les sujets lymphatiques, chez des femmes, chez des enfants, elles sont très-souvent suffisantes et dispensent de tout autre moyen.

Quand ces angines, sans devenir pourtant des angines malignes, prennent un peu plus de gravité, ce qui se voit très-souvent chez les sujets pléthoriques, la saignée des ranines ne suffit plus, il faut employer d'autres moyens.

Ainsi que l'ont conseillé tous les auteurs, c'est spécialement dans ces cas qu'il faut la faire précéder de saignées du bras. Disons mieux : si, dans ces circonstances, on se contentait d'elle seule, on pourrait voir survenir des accidents, et c'est probablement pour avoir méconnu ce précepte que quelques-uns ont vu et ont dit que cette opération pouvait avoir des dangers. Il ne faut donc pas se reposer sur elle seule dans ce cas. On comprend, en effet, que dans une angine intense, alors que tous les capillaires de la partie enflammée sont gorgés de sang, si l'on vient à faire une incision au milieu de ces tissus enflammés sans, au préalable, avoir fait une

---

[1] Voir le numéro précédent, p. 13.

large saignée générale qui soit déplétive et qui facilite la circulation, on comprend, dis-je, que l'on courra grande chance de déterminer un surcroît d'inflammation; c'est un coup de fouet donné à la phlegmasie, et il est très-rationnel d'admettre même que la gangrène puisse être la suite d'une telle pratique. En disant *gangrène*, c'est peut-être prononcer une exagération; on voit plus souvent survenir un gonflement de la langue et une tuméfaction de l'isthme du gosier assez grandes pour déterminer une dyspnée fort intense. C'est pour avoir remarqué des cas de ce genre que Recolin avait proscrit l'usage de cette saignée, ainsi que je l'ai rapporté plus haut. Bien plus, il avait vu que la saignée du pied, qu'il vantait, on ne sait trop pourquoi, en pareille circonstance, avait été dangereuse. Cela se comprend, car la saignée du pied étant insuffisante, comme la saignée de la langue, si l'on s'en contente, la maladie marchera, et pourra souvent prendre des proportions d'autant plus considérables qu'on ne fera rien pour les prévenir; mais ne dites pas alors que le moyen est dangereux, dites que vous l'avez mal appliqué ou qu'il est insuffisant.

De plus, je peux dire que tous les témoignages que j'ai recueillis sur ce point sont unanimes. Tous les médecins qui m'ont donné des renseignements à cet égard, les notes que j'ai de mon père, et le petit nombre d'observations qui me sont personnelles, m'ont démontré les bons effets de la saignée des ranines, dans cette première classe d'angines; et, parmi ces effets, il m'est arrivé de voir chez une malade, qui était une grosse fille pléthorique (elle avait été saignée du bras), dans un état de suffocation imminente, de voir, dis-je, un soulagement immédiat, et quand je dis *immédiat*, je m'empresse de souligner ce mot. La respiration se fait mieux au bout de quelques minutes, et il semble qu'on vous enlève une corde d'autour du cou, ainsi que me le disait la malade dont je parle. Je peux ajouter que ces effets primitifs se voient presque toujours, quand bien même la marche de la maladie ne serait pas tout à fait enrayée. Mais l'amélioration est la règle, et elle va si vite qu'au bout de deux jours, trois jours au plus, les malades peuvent reprendre leurs occupations. Voici une observation que j'ai trouvée dans l'ouvrage de Forestus : je l'ai traduite parce qu'elle me paraît curieuse et qu'elle prouve bien l'amélioration rapide qu'on obtient de cette opération.

« Un pelletier, d'environ cinquante ans, demeurant près des murs de la ville d'Alkmaar, était tellement malade que tout espoir de salut était perdu. Le hasard voulut qu'en sortant de la ville, pour

me rendre auprès d'un autre malade, voyant beaucoup de personnes entrer et sortir d'une maison, je m'informai de ce qu'il y avait là : on me répondit que c'était un pelletier, malade depuis deux jours, qui ne pouvait plus parler du tout, et qui était près de succomber ; on me pria en même temps de vouloir bien examiner ce pauvre moribond, et l'on me conduisit auprès de lui : il était étendu, dans la position d'un homme qui va mourir et les assistants, des cierges à la main, n'attendaient que cet instant. Je demandai de quelle manière la maladie l'avait pris : on me répondit que c'était par une douleur dans la gorge ; qu'après quelques instants il était devenu muet, et que, depuis, il avait été de plus en plus mal. Je pris la main et lui tâtai le pouls, qui battait encore. Lui ayant ouvert la bouche avec effort, j'examinai sa langue, qui me parut un peu enflée, sans l'être cependant beaucoup.

« J'ordonnai d'appeler immédiatement un chirurgien pour ouvrir les veines qui sont sous la langue ; j'ajoutai que cette opération n'était pas dangereuse, et que, dans tous les cas, dans la position du malade, il valait mieux la tenter que de ne rien faire. On y consent, et, pendant que je vais faire mon autre visite, on fait venir un chirurgien ; mais celui-ci se retire sans rien faire. A mon retour, je m'informe du pelletier ; je le retrouve dans le même état, et je demande si on l'a saigné à la langue : on me dit que le chirurgien est bien venu, mais qu'il s'est retiré. Je fais rappeler ce chirurgien, et je lui demande pourquoi il n'a pas pratiqué cette saignée. C'est, dit-il, parce que je n'ai trouvé aucune veine sous la langue, d'autant moins que c'est chez un moribond. Je l'engage néanmoins à piquer légèrement la langue avec la lancette, quoique les veines ne fussent pas très-apparentes. A peine l'ent-il fait, et se fut-il échappé quelques grammes de sang, qu'à l'instant même, chose admirable et miraculeuse, le malade commença à nous parler comme s'il sortait d'un songe, et, rappelé ainsi à la vie, il jouit depuis d'une très-bonne santé. » (Obs. XXXIII.)

Mais, chez les malades à tempérament lymphatique, la marche de l'angine est beaucoup plus lente : elle laisse du temps devant soi, et le plus souvent la saignée de la langue suffit pour l'enrayer. C'est alors surtout que cette saignée est bien préférable aux sangsues. En effet, que demande-t-on aux sangsues ? Est-ce une évacuation sanguine ? mais alors c'est exiger d'elles une chose fort hasardeuse, qui, très-souvent, dépassera ou restera au-dessous du but qu'on se propose. D'ailleurs, dans les affections de la gorge, il est bien évident que le point éloigné du mal, sur lequel on applique les sang-

sues, ne permet pas d'agir directement sur les capillaires de la muqueuse : aussi le bénéfice qu'on en obtient ne provient-il guère que de la diminution de la masse totale du sang, et n'est-il jamais immédiat. Mieux vaudrait une saignée générale; et, de plus, car cette considération doit entrer en ligne de compte, chez les femmes et les jeunes filles, les sangsues laisseront des cicatrices. Et, ainsi que le dit Requin, « il faut considérer le sexe féminin comme une condition de contre-indication formelle, relativement à l'application des sangsues ou des ventouses scarifiées sur le cou. Car combien de femmes ne pardonneront jamais au médecin, et elles auront raison, de leur avoir imprimé là d'indélébiles stigmates! Et pourquoi ce sacrifice de la beauté naturelle? Pour des cas peu graves ou qui ne le sont pas assez pour exiger impérieusement une saignée locale, là même, et non pas autre part que là... » Les ranines, au contraire, immédiatement recouvertes par la muqueuse dont elle reçoivent les capillaires qui concourent à former le réseau dont ces veines sont le réservoir, doivent, par leur ouverture, produire un soulagement instantané : c'est en effet ce qui arrive, même dans les cas où l'on n'obtient qu'une ou deux cuillerées de sang. Est-ce un effet révulsif que vous demandez aux sangsues? Mieux vaudrait alors appliquer des ventouses derrière la nuque, comme on le faisait jadis, ou bien des sinapismes, toutes choses qui causent une grande douleur pour un petit profit.

Ainsi donc, dans ces angines bénignes, la saignée de la langue est bonne et utile ; mais on voit aussi qu'il est important, quand on doit l'appliquer, de faire attention si on a affaire à des sujets pléthoriques ou à des individus faibles. En un mot, il est bon de revenir, à cet égard, aux préceptes posés par Hippocrate et Alexandre de Tralles.

C'est ici le lieu de citer quelques observations que M. le docteur Chaparre a bien voulu me communiquer.

Obs. I. Mlle L. de L....., âgée de quarante et quelques années, était sujette à une inflammation générale de la membrane muqueuse buccale. Alors la bouche devenait sèche, aride, brûlante; la langue prenait une teinte bleuâtre ; les ranines étaient gorgées; le goût et l'appétit se perdaient. Une saignée de la langue l'avait déjà débarrassée deux fois de cette indisposition dans l'espace de deux ans, quand, pour la combattre, elle réclama mes soins. Mes premiers conseils n'ayant amené aucun soulagement, je cédai aux instances réitérées de cette demoiselle, j'incisai les ranines. Le mieux fut instantané. Pendant deux ou trois ans encore, la même indisposition se reproduisit tous les six à huit mois, et contre elle cette saignée ne fit jamais défaut. Depuis ce temps, ajoute ce médecin, elle me rend tous les jours service dans la gengivite et surtout dans la glossite simple.

Obs. II. J'ai été appelé, il y a trois jours, auprès du sieur Gadion, au village de Grenier. Cet homme est valet de ferme. Depuis avant-hier, à la suite d'un refroidissement subit, le corps étant en sueur, il avait un mal de gorge très-violent. En effet, tout le fond de la bouche est le siége d'une vive inflammation. Les deux amygdales sont tuméfiées; il existe sur la gauche une plaque jaune légère ; face animée, céphalalgie, pouls plein, fièvre intense. Saignée du bras, après laquelle j'ai pratiqué une saignée de la langue ; tisane commune, diète.

Le malade a été de mieux en mieux, et, quatre ou cinq jours après, il a pu se remettre sérieusement à son travail.

Obs. III. Dans le même temps, j'ai été appelé auprès de Mlle X..., enfant de onze ans. Tempérament lymphatique par excellence. Les amygdales sont rouges, tuméfiées : sur l'une et l'autre existent de petites plaques jaunâtres; voix rauque, toux presque croupale, avec un peu de fièvre. Cet état dure depuis trois jours. Saignée d'une seule ranine donnant issue à très-peu de sang mêlé de beaucoup de salive. Le lendemain, les amygdales sont moins tuméfiées, les plaques diphthéritiques ont disparu, plus de fièvre, mieux tel, en un mot, qu'à partir de ce moment j'ai cessé mes visites.

Obs. IV. A quelques jours de là, je suis appelé pour voir un nommé Lavaud; (trente-six à trente-sept ans), misérable, paresseux et indolent, dans toutes les conditions d'un individu soumis par les privations à un appauvrissement général de l'économie. Cet homme est atteint d'une angine dont il souffre déjà depuis trois ou quatre jours quand il m'appelle. Il parle avec difficulté, la déglutition est presque impossible, son teint est pâle, le pouls dénote de la prostration plutôt que de la fièvre, les amygdales sont tuméfiées, rouges; tout le fond de la bouche participe à l'inflammation. Saignée des deux ranines, qui donnent issue à d'autant moins de sang, que le malade, impressionné par cette petite opération, éprouve une lipothymie : gargarisme légèrement astringent. Le lendemain, amélioration sensible. Trois jours après, guérison complète.

J'ai pratiqué moi-même cette saignée des ranines environ une dizaine de fois, et dans la plupart des cas toujours avec le plus grand succès.

Dans un cas, entre autres, c'était sur une jeune fille de la campagne, pléthorique, forte, souffrant depuis quatre jours d'une amygdalite et d'une angine tellement intenses, qu'elle suffoquait. On avait déjà fait mettre des sangsues au cou, fait prendre des bains de pieds sinapisés, sans aucun résultat. Après une saignée du bras, le matin, et l'ouverture des deux ranines, vers midi, je constatai un soulagement marqué dans la soirée; le lendemain, une amélioration très-grande, et une guérison définitive trois jours après.

Tous les faits que je pourrais citer de saignées faites dans les mêmes conditions se ressembleraient. Je peux dire que je l'ai vu appliquer sur ma mère et plusieurs membres de ma famille, avec un succès très-prompt et très-sûr.

Voici, en dernier lieu, une observation publiée par M. le docteur

Renond de Soumans (Creuse), qui me paraît d'autant plus remarquable, que la saignée a été pratiquée dans un cas d'angine scarlatineuse, c'est-à-dire alors qu'il est indiqué de ne pas faire de saignées générales.

Obs. V. Marguerite F..., de la commune de Soumans, âgée de onze ans, atteinte de fièvre scarlatine grave, avait, eu outre, un gonflement énorme des deux tonsilles. La face était rouge, tuméfiée, anxieuse ; les yeux larmoyants. L'inflammation, qui s'étendait aux trompes d'Eustache, occasionnait de violents maux d'oreilles. La petite malade ne pouvait proférer aucune parole; depuis quinze heures, une seule goutte de liquide n'avait pu passer à travers ce resserrement du pharynx; enfin la dyspnée était extrême et la suffocation imminente. Comme avec l'existence simultanée de l'éruption il n'était pas sans danger de tirer beaucoup de sang, je n'hésitai pas à ouvrir la veine ranine, qui, par la petite quantité de sang qu'elle fournit, ne peut agir que localement. J'en retirai 70 ou 80 grammes, et sur-le-champ tous les symptômes de suffocation s'amendèrent : quelques cuillerées de liquide passèrent, la malade eut un sommeil paisible de plusieurs heures. Le soir j'étais retourné chez elle avec l'intention d'ouvrir la veine opposée, si la gravité des symptômes avait reparu, mais le mieux s'était soutenu, et des soins hygiéniques achevèrent promptement la guérison. (Journal de médecine et de chir. pratiques, t. XII, p. 463; 1841.)

J'ai eu l'occasion de faire, en qualité de chirurgien de marine, une campagne de quatre mois et demi à bord de la frégate à vapeur hôpital *le Montezuma*, au moment de l'évacuation de Crimée.

Sur plusieurs matelots atteints d'angine, j'ai pu constater le bon effet de la saignée des ranines. Chez eux, qui sont en général forts et pléthoriques, il était utile de faire des saignées du bras avant d'ouvrir les ranines, et c'est pour avoir négligé cette précaution chez un quartier-maître que je vis se développer une très-grave inflammation de la langue, qui dura longtemps. Chez les autres, nous ne remarquâmes que de très-bons résultats. Les marins qui avaient eu déjà des angines et qui furent soumis à ce mode de traitement étaient étonnés de la rapidité avec laquelle il agissait, quand ils le comparaient à ceux qu'ils avaient suivis.

Passons maintenant aux angines malignes et voyons si cette saignée est avantageuse pour les combattre.

Ce que je dirai sur ce point sera en grande partie emprunté à un article publié par M. le docteur Chaparre, dans la Gazette hebdomadaire, et à quelques notes que je dois à l'obligeance de ce praticien éclairé.

M. Chaparre a eu, à quelques années de distance, occasion de combattre deux épidémies d'angine maligne : l'une était d'angine gangréneuse, l'autre d'angine diphthéritique. D'après ce médecin, on doit admettre trois périodes dans la maladie : 1° la période

d'invasion ou le début ; 2° la période d'exsudation plastique ; 3° la période d'intoxication. Ces deux dernières se confondent souvent.

« Je n'ai rien, dit-il, à proposer de nouveau contre ces deux dernières ; cependant je crois que la saignée à la langue a été avantageuse dans la deuxième période, employée concurremment avec les caustiques. Mais c'est sur celle d'invasion ou de début que j'appelle l'attention des praticiens... Cette saignée y est toute-puissante, mais il est essentiel qu'elle soit pratiquée dès le début. Je ne saurais trop insister sur ce point, en prévenant que souvent le début est terminé avant que le malade ait eu l'éveil.

« Coup sur coup, dans le même village, je venais de perdre deux malades atteints d'angine gangréneuse ; deux ou trois autres étaient en danger. C'est alors que je saignai à la langue quelques-uns de ceux dont l'arrière-bouche, soit sur un point, soit sur un autre, offrait la moindre trace d'inflammation. Ceux-là s'en trouvèrent tellement bien que, dans l'espace de quelques jours seulement, j'eus à saigner presque tous les jeunes gens, les femmes et les enfants du même village. Chez quelques-uns, je répétai deux ou trois fois la saignée ; aucun ne fut sérieusement atteint. Tandis que, parmi le petit nombre de ceux qui refusèrent de se soumettre à cette mince opération, deux moururent.

« Quelques visiteurs transportèrent la maladie de village en village. Comme toujours, les premiers malades ne réclamèrent pas assez tôt les secours, et j'ai eu la douleur, malgré le traitement le plus énergique, de voir périr, dans la même maison, jusqu'à trois enfants de la même famille. Cependant la confiance en la saignée à la langue rentra bientôt dans l'esprit du peuple.

« Dans les maisons, dans les rues, dans les chemins, on me faisait visiter sa bouche pour se soumettre à l'opération, chaque fois que je le jugeais à propos...

« C'est par la saignée à la langue que je crois avoir modéré deux épidémies d'angine maligne qui s'étaient annoncées en répandant la terreur et la désolation ; et cette saignée est une opération si simple, si peu douloureuse, si innocente, que chacun bientôt courait au-devant d'elle et s'y soumettait en plaisantant.

« Il faut conclure de ce qui précède, dit M. Chaparre.

« 1° Que le médecin appelé dans une maison pour un cas d'angine maligne doit faire la revue de l'arrière-bouche de toutes les personnes de la famille, sinon de la maison ;

« 2° Qu'il doit pratiquer la saignée à la langue, toutes les fois et

autant de fois qu'il découvrira, dans n'importe quelle partie de l'arrière-bouche, le moindre commencement d'inflammation;

« 3° Que l'exsudation plastique n'est pas une raison d'abstention, tant qu'il ne s'y joint pas des symptômes d'intoxication ;

« 4° Que l'exsudation plastique diminue les chances de réussite par la saignée seule, et que, se reposant trop sur elle, il ne faut pas négliger les caustiques et les autres moyens dont l'avantage a été constaté. »

Je borne ici ce que j'avais à dire sur les saignées à la langue. Je crois avoir démontré dans ce trop court travail :

1° Que pratiquée *seule* et comme *déplétive*, elle est nuisible dans les angines inflammatoires des sujets pléthoriques ;

2° Que cependant elle peut être utile dans ces angines, par son action locale directe, quand on la pratique avant, pendant et après la saignée du bras, celle-ci étant faite dès que la déplétion est utile;

3° Que chez les femmes, les enfants, chez les sujets lymphatiques, elle est utile par excellence, même *d'emblée ;*

4° Qu'elle est enfin un moyen abortif tout-puissant dans certaines et peut-être dans toutes les angines malignes.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Nouveau procédé de rhinoplastie latérale ayant pour but de conserver la régularité du contour des narines.

Par M. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

La réparation des difformités du nez marque l'origine de la chirurgie plastique, et les premiers essais dont elle a été l'objet appartiennent aux époques reculées de l'art chirurgical. Accomplis en des lieux différents et par des méthodes diverses, mais toujours dans des limites exceptionnelles, ces essais révèlent la hardiesse du génie de l'art, tantôt avec sa forme purement empirique, comme dans la pratique des Indiens, tantôt avec sa forme raisonnée, comme dans les opérations de Celse et de Tagliacozzi. Les chirurgiens modernes ont repris et perfectionné les méthodes romaine, indienne et italienne ; ils leur ont annexé de nombreux procédés, et il en est résulté des progrès qui ont enlevé graduellement à la rhinoplastie son caractère d'abord exceptionnel et singulier, pour la faire entrer

dans le cadre des opérations, sinon usuelles, du moins accessibles à tous les chirurgiens instruits.

Quel que soit néanmoins le soin que l'on ait récemment apporté au perfectionnement de la rhinoplastie, la médecine opératoire ne saurait encore avouer qu'elle est satisfaite. Peut-être les prétentions de la chirurgie plastique au sujet des restaurations des difformités de la face sont-elles trop grandes : du moins, quand elle se propose de restituer rigoureusement les formes altérées du visage ou les parties détruites d'une région où la forme est si importante, il faut convenir qu'elle n'atteint son but que d'une manière imparfaite. Beaucoup de prétendues restaurations de la face ne sont qu'une correction dérisoire, au point de vue morphologique, et l'autoplastie ne sera sans doute jamais la calliplastie, malgré les espérances que témoignait Dieffenbach, et les tentatives de sa chirurgie de précision. Sans prétendre arriver à ce degré de perfectionnement, il n'en sera pas moins utile de poursuivre l'amélioration des moyens d'action autoplastique, et tout procédé qui tendra à reproduire ou à conserver les formes normales sera sans doute le bienvenu.

Cette pensée nous enhardit à proposer une précaution négligée, un nouveau procédé, si l'on veut, que nous avons mis en pratique dans le but de conserver la régularité du contour des narines, dans l'opération de la rhinoplastie latérale ou réparation des ailes du nez. Déjà, dans quelques réflexions publiées en 1850, dans l'Union médicale [1], nous avions fait connaître une observation détaillée dans laquelle nous avions exposé le mode opératoire que nous préconisons d'une manière suffisamment explicite pour pouvoir, au besoin, le revendiquer comme nous appartenant. Un autre cas du même genre, suivi du même succès, s'est présenté bientôt après dans notre service de clinique chirurgicale, et nous attendions, avant d'en faire le sujet d'un mémoire spécial, de nouvelles occasions de le mettre en pratique, lorsque nous avons lu dans la Gazette des Hôpitaux et dans les Comptes rendus de l'Académie des sciences du mois de mars 1854 une observation de M. Baudens, qui nous a décidé à ne pas différer plus longtemps la publication des faits qui nous sont propres. M. Baudens s'attribue, en effet, une modification de la méthode de Celse, dont le trait principal est une reproduction de celle que nous avons proposée. Il nous importe d'établir sur ce point ce qui a été tenté à la clinique de Montpel-

---

[1] Observations d'autoplastie faciale pour servir à l'histoire d'un perfectionnement récent de la réunion immédiate.

lier avant la publication du cas de M. Baudens; on verra, par la date de nos premières opérations, celle de l'idée chirurgicale; et, d'ailleurs, l'ancien professeur du Val-de-Grâce n'a pas demandé à la modification qu'elle exprime tous les profits qu'elle pouvait donner et qui trouvent une place utile dans l'art si délicat des opérations autoplastiques.

Les opérations réparatrices applicables aux difformités du nez ont pour but de restituer les formes de cette partie, tantôt avec les seuls éléments qui la constituent, tantôt avec des éléments qui lui sont étrangers. Dieffenbach s'est surtout exercé à faire des restaurations de la première espèce en exhaussant des nez enfoncés, au moyen de la section des cicatrices vicieuses, ou en transformant des nez longs en nez courts, pour rendre le parallélisme et la symétrie aux moitiés inégales de cet organe. Les autres espèces de réparations exigent l'addition et la greffe, sur la région du nez, d'enveloppes tégumentaires destinées à remplacer les portions perdues. Qu'on taille des lambeaux sur la peau du bras ou de l'éminence thénar, comme dans la méthode italienne; qu'on les découpe sur le front pour les renverser sur le nez, comme dans la méthode indienne, ou qu'on les emprunte à la joue en les mobilisant par des incisions sous-cutanées, comme dans la méthode de Celse, devenue la méthode française, il faut toujours se proposer, pour que le nouveau nez représente la forme et remplisse les usages de l'ancien, de donner aux lambeaux rhinoplastiques un rapport qui les mette en saillie, et ménager des ouvertures qui représentent les narines.

Indépendamment des précautions ordinaires destinées à assurer le succès de l'opération, précautions sur lesquelles nous n'avons pas à insister, on peut dire que le support offert aux lambeaux et la régularisation des ouvertures nasales doivent fixer l'attention spéciale du chirurgien, s'il veut obtenir un résultat présentable, et pratiquer une opération utile. Ces nouveaux nez informes, ramassés en boule, ou aplatis, écrasés et flasques, à partir du bord inférieur des os carrés; ces appendices irréguliers, dans lesquels les narines artificielles ressemblent à des trous de vrille ou même tendent à s'oblitérer, ne sauraient être présentés comme des succès : en matière de rhinoplastie, le succès ne réside pas seulement dans la résistance aux accidents et dans la soudure de la peau greffée, il faut qu'il y ait reproduction convenable de la forme des parties.

Ce dernier résultat est bien plus sûrement atteint, il faut en convenir, lorsqu'on emploie la méthode française et qu'on l'applique à des restaurations partielles du nez, que lorsqu'on emploie les autres

méthodes et qu'on tente une réparation générale. La différence dans les résultats tient non-seulement à la différence de gravité dans l'opération, mais elle est due surtout à ce que, dans les réparations partielles, on peut utiliser un plus grand nombre de parties restées saines, pour la conservation des formes normales. Etendre ce principe, le développer, prouver la fréquence de son application, déterminer les meilleurs moyens de le mettre en pratique, prouver en particulier que, pour former les narines du nez restauré, il faut utiliser les supports cartilagineux de ces orifices ou leurs débris qui n'auraient pas été compris dans la destruction : tel est le but de ce mémoire.

Pour mettre plus particulièrement en évidence l'utilité de ces précautions, nous restreindrons notre sujet au cas de réparation des ailes du nez.

Ces sortes d'opérations se présentent assez fréquemment, et les lésions qui les exigent peuvent être de nature différente : on a remarqué parfois l'absence congénitale d'un des côtés du nez. Ce vice de conformation, dont les degrés peuvent varier depuis l'absence complète des os et des cartilages jusqu'à l'arrêt simple de développement de ces éléments anatomiques, et à leur défaut de soudure sur la ligne médiane, est signalé par Delpech. C'est à l'occasion de cette difformité congénitale, que l'illustre chirurgien de Montpellier entreprit de faire revivre l'opération de la rhinoplastie, qui n'avait pas encore été faite en France, et qu'il pratiqua sa première opération. On sait qu'il employa la méthode indienne, et qu'il rabattit un lambeau frontal sur le côté du nez. Cette portion de peau servit à la fois à faire la restauration du nez et celle du sac lacrymal, dont la paroi externe manquait et laissait couler les larmes sur la joue.

Les ailes du nez peuvent être détruites par des lésions traumatiques, avec ou sans ablation du lobule nasal. On a rapporté avec complaisance, et presque sous forme anecdotique, des faits qui établissent la fréquence de ces lésions, tantôt à la suite de duels dans lesquels les combattants cherchent à atteindre le nez, comme la mode à paru exister en Allemagne; tantôt à la suite de supplices infligés à des condamnés ou à des prisonniers, par une fantaisie tyrannique. Des circonstances accidentelles d'un ordre plus vulgaire, telles que les plaies par instruments tranchants, des morsures, des coups de feu, etc., peuvent léser les ailes du nez et déterminer des solutions de continuité nettes ou déchirées, avec ou sans perte de substance. Nous ne mentionnons ces faits que pour rappeler que, dans ces cas surtout, il faut utiliser, pour l'opération,

toutes les parties restantes qui fournissent un support utile aux lambeaux réparateurs, et qui sont d'autant plus aptes à une cicatrisation régulière, que leur tissu n'est pas altéré et permet de compter sur un travail plastique naturel. Le tissu des ailes du nez semble doué d'ailleurs d'une plasticité locale très-manifeste, comme on peut en juger par la facilité et la promptitude de la guérison des plaies. Ne sait-on pas que c'est surtout dans ce point de l'organisme qu'on a pu observer ces reprises de tissus entièrement séparés du corps, et dont la réalité, trop voisine du merveilleux, paraît cependant confirmée, non-seulement par le fait si diversement apprécié de Garangeot et le fait non moins controversé de Fioraventi, mais encore par les observations plus récentes de MM. Regnault, Magnin, Chélius, Offacker et de plusieurs autres.

La destruction des parties latérales du nez peut succéder à une mortification des tissus de cette région, comme on l'a quelquefois observé à la suite de la congélation, dans les contrées septentrionales. Le même fait peut résulter d'une inflammation terminée par gangrène. M. Labat dit avoir observé, pendant son séjour en Syrie, un grand nombre de personnes de tout âge, de tout sexe et de toute condition, qui, après avoir été affectées du bouton d'Alep, avaient eu le nez en partie détruit par suite de cette pustule gangréneuse. J'ai eu l'occasion d'observer la destruction partielle d'une aile du nez, avec des rétractions cicatricielles vicieuses, sur un sujet qui avait subi une variole confluente grave. J'ai vu aussi le même accident résulter d'une pustule maligne de la face, développée dans le sillon naso-labial, et qui avait compris dans l'aire de la mortification dont elle fut la cause, l'aile du nez, la paupière inférieure et une portion des téguments de la joue. D'autres causes de gangrène partielle, y compris les brûlures et les destructions par les caustiques, peuvent produire les mêmes résultats. Sur un malade atteint d'une légère ulcération cancéreuse du lobe nasal, et chez lequel on avait appliqué une couche de pâte arsenicale fort active, l'escarre atteignit à la fois le mal et les tissus subjacents, à tel point que le malade, trop bien guéri, aurait eu besoin d'une restauration nasale.

Mais les causes qui exposent le plus fréquemment à la destruction de l'aile du nez sont les ulcérations de diverse nature qui ont leur siége dans cette partie. Les lupus, les ulcères syphilitiques ou scrofuleux, les cancers ou les cancroïdes du nez peuvent, par leur progrès en largeur, en surface ou en profondeur, attaquer les tissus de manière à rendre nécessaires les restaurations nasales. Tantôt la lésion a été assez profonde pour détruire par elle-même l'épais-

seur du cartilage et de ses revêtements externe et interne ; tantôt la lésion, bien que moins profonde, exige le sacrifice des parties sur lesquelles repose l'ulcération, en sorte que l'ablation des tissus altérés doit être suivie de la restauration de la perte de substance régularisée par l'opération. Nous devons faire remarquer à ce sujet que, quel que soit le pouvoir destructeur du travail morbide caractéristique des ulcérations connues sous le nom de lupus, de cancroïde, ou des ulcères syphilitiques ou scrofuleux qui atteignent les parties molles du nez, la destruction locale de ces parties s'accomplit généralement avec lenteur ; elle éprouve une sorte de résistance dans son envahissement, résistance due sans doute à la nature organique des fibro-cartilages qui forment la charpente des ailes du nez et des contours des narines ; en sorte qu'il est très-commun, quand on doit remédier par la rhinoplastie aux ravages morbides produits par ces ulcérations, de rencontrer des débris cartilagineux ou fibro-cartilagineux ayant conservé leur intégrité. Ces rapports naturels des téguments du nez, qui concourent au maintien de sa forme, conservent partiellement, au voisinage des points ramollis ou complétement altérés, leur configuration primitive et leur degré de courbature normale, en sorte qu'ils semblent être mis en réserve pour faciliter les restaurations rhinoplastiques régulières, et qu'il y a lieu de s'étonner qu'on n'ait pas tiré jusqu'à ce jour un meilleur parti de la résistance et de la conservation de ces tissus.

Quelle que soit la cause de la destruction des ailes du nez, il en résulte une difformité choquante, qui suffit à elle seule pour rendre une opération nécessaire. L'absence d'une des parois latérales du nez, sa perforation, sa rétraction ou son renversement, mettent à nu la muqueuse nasale dans une étendue plus ou moins considérable ; à la longue, et s'il ne s'agit pas d'une lésion destructive progressive, la muqueuse peut s'épaissir et subir une sorte de transformation cutanée ; mais, dans les autres cas, elle est le siége d'une irritation chronique avec boursouflement rougeâtre, produite par le contact de l'air extérieur et des corps étrangers ; le flux des mucosités, ou leur dessèchement en croûtes plus ou moins épaisses, entraîne divers inconvénients et contribue à donner aux parties un aspect plus désagréable. Le malade est souvent dans l'obligation de recouvrir le côté du nez d'un appareil, ou de le protéger avec son mouchoir. La muqueuse, habituellement irritée, ne remplit qu'imparfaitement sa fonction olfactive. Les personnes affligées de cette difformité sont sujettes à un éternument habituel et incommode. Il est très-fréquent aussi d'observer chez elles un larmoiement abon-

dant, qui s'accroît à chaque cause particulière d'irritation, et qui dépend de l'oblitération du canal nasal ou de la propagation de l'inflammation chronique de la membrane pituitaire à la muqueuse des voies lacrymales. On comprend que les degrés de l'importance de cette difformité sont corrélatifs à la nature de la cause qui la détermine, et à l'extension de ses effets. La lésion peut être limitée à une aile du nez, elle peut affecter celle du côté opposé, avec ou sans destruction du lobule. L'état de la cloison influe beaucoup sur la gravité des os, en raison du point d'appui qu'elle offre pour soutenir les lambeaux autoplastiques et pour conserver la forme de l'organe. L'état du contour des narines, de la sous-cloison, la propagation de la perte de substance vers les os propres du nez, vers le sac lacrymal ou la paupière, sont tout autant de causes qui modifient la lésion à laquelle on se propose de remédier, et qui introduisent nécessairement une certaine variabilité dans le choix de l'opération à mettre en usage et dans les précautions destinées à la faire réussir. Chaque cas particulier apporte ses indications propres, et c'est sans doute cette circonstance qui a fait dire à M. Velpeau que les cas qui réclament la rhinoplastie sont trop différents les uns des autres pour que les détails du manuel ne soient pas abandonnés au génie des opérateurs qui voudront la tenter.

Toutefois, quelle que soit la variabilité des indications de détail, lorsqu'il s'agit de remédier à la destruction d'une des parties latérales du nez, ce qui constitue le cas particulier sur lequel nous désirons surtout porter l'attention, il est une méthode qui, par ses avantages, l'emporte de beaucoup sur toutes les autres : c'est la méthode française, et dans l'application de cette méthode, il est une précaution qui permet d'en obtenir le plus grand profit possible : c'est celle qui consiste à donner à l'opercule cutané, que l'on fait glisser de la joue sur la brèche nasale, un support fibro-cartilagineux qui borde l'ouverture de la narine. L'évidence de ces avantages nous paraît ressortir des faits suivants, qui se sont passés dans notre service de clinique chirurgicale.

Obs. I. *Ulcération cancéreuse d'une aile du nez ; rhinosplastie au moyen d'un lambeau génien fixé par la suture entrecoupée et les serres-fines ; conservation du pourtour de la narine. — Succès complet sans accident et sans difformité.* — Raymond (Jacques), âgé de trente ans, cultivateur, né à Navez (Ardèche), entra à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier, le 14 août 1849. Ce sujet, doué d'un tempérament lymphatique, d'une constitution assez frêle, portant les traces d'une affection scrofuleuse qui s'était manifestée pendant son enfance, était en ce moment atteint d'une ulcération de l'aile gauche du nez. Elle datait d'environ six ans et avait succédé à une petite élevure à base dure,

sans changement de couleur à la peau, prurigineuse, qui, fréquemment déchirée par le malade, avait fini de s'ulcérer au bout de quelques mois: depuis, elle s'était agrandie, mais lentement. Malgré les moyens employés pour l'arrêter, elle avait fini par envahir la presque totalité du nez; elle n'avait épargné que le pourtour de la narine, dans une hauteur d'une à deux lignes, elle s'était arrêtée à la même distance du bord antérieur de l'organe. Au moment où je vis le sujet, elle avait à peu près l'étendue d'une pièce d'un franc; son fond, qui reposait sur la muqueuse pituitaire, était déprimé et dur; ses bords étaient durs aussi et soulevés; la couleur, d'un blanc brunâtre, était salie par la poussière qui s'y accumulait et le sang qui en suintait. Point de douleurs caractéristiques, mais une démangeaison incessante. M. Benoît, chargé par intérim du service de la clinique chirurgicale, reconnut la nature de cette lésion, et s'efforça d'en amener la cicatrisation au moyen de divers caustiques; il se servit même du fer rouge, mais ses efforts furent infructueux.

Ayant repris le service et m'étant convaincu de l'impossibilité de remédier autrement que par une opération aux progrès de cette affection, je me proposai d'enlever les parties altérées et de les restaurer en mettant à profit certaines dispositions locales, pour conserver au nez sa forme normale, chose si difficile dans les opérations de rhinoplastie.

Celle-ci fut exécutée le 15 novembre 1849. Deux incisions horizontales furent pratiquées, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'ulcération, et au delà de ses limites, puis prolongées sur la joue, dans l'étendue de quinze millimètres. La première (l'inférieure) côtoyait le rebord correspondant de l'ulcération, de manière à conserver tout ce qui était sain en bas du cartilage, et par conséquent le pourtour de la narine; elles furent unies en avant par une incision verticale, et on eut ainsi un lambeau quatrilatère qui, renversé en arrière, laissa voir la fosse nasale correspondante largement ouverte. J'en disséquai la base du côté de la joue jusqu'aux limites des incisions horizontales, et lorsque je fus assuré de pouvoir combler facilement la perte de substance, j'excisai avec des ciseaux la portion du lambeau qui était altérée. On lia quatre artères ouvertes, et on ne conserva un des bouts du fil des ligatures que pour les postérieures, les deux autres répondant à la fosse nasale. Le lambeau fut alors amené d'arrière en avant, et fixé d'abord à la portion cartilagineuse attenant au dos du nez, au moyen de trois points de suture; deux autres furent placés à son bord inférieur, qu'ils maintenaient dans un rapport exact avec le pourtour de la narine; le postérieur avait été disposé au fond même du sillon naso-labial et déterminait ainsi une légère dépression dans la partie correspondante du lambeau, pour simuler celle qu'on observe dans cette région. Pour remédier au bâillement qui existait entre les points de suture, des serres-fines du plus petit modèle furent placées de manière à affronter exactement les lèvres de la plaie. La coaptation fut ainsi très-exacte dans tous les points, et les conditions les plus favorables à la réunion immédiate furent établies.

Cette opération très-minutieuse exigea une demi-heure pour tous ses temps. Elle fut supportée avec le plus grand courage par le malade, qui se prêta avec intelligence à toutes les exigences de l'acte chirurgical; je prescrivis une potion antispasmodique et calmante, la diète, le repos et le silence, et je recommandai au malade de ne pas se moucher.

Il se déclara dans la nuit une légère réaction, qui tomba le jour suivant; il survint un petit suintement séro-sanguinolent et la paupière inférieure s'infiltra. Dès le lendemain, les serres-fines furent détachées : la réunion était par-

faite à leurs points d'application ; des bandelettes de taffetas gommé servirent à maintenir l'adhésion qui s'était accomplie sous leur influence. Le 20, les deux points de suture du bord vertical du lambeau furent enlevés, ainsi que les fils à ligature. Les deux points de suture furent coupés et détachés. Le surlendemain, la réunion était complète.

Ce résultat ne fut nullement contrarié par un peu de rougeur qui survint au moment où la face profonde du lambeau qui correspondait à la fosse nasale se couvrit de granulations et suppura. Quelques injections émollientes dans la narine et des lotions froides astringentes à l'extérieur hâtèrent la guérison, qui put être considérée comme définitive à la fin du mois.

Le résultat obtenu était celui-ci : le lambeau avait contracté des adhérences très-solides dans sa nouvelle position ; la narine avait conservé son ouverture normale ; l'aile du nez, quoique dépourvue de cette série d'éminences et de dépressions alternatives dues au cartilage, ne présentait pas d'affaissement ; le sillon naso-labial, effacé dans sa partie supérieure, était conservé à la partie moyenne et en bas : enfin, la pointe du nez n'était pas déviée ; seulement vers le milieu du dos de cet organe, la peau était un peu attirée du côté gauche. Le malade fut retenu assez longtemps à l'hôpital pour qu'on pût s'assurer que cette rétraction n'entraînait aucune déformation. Lorsque Raymond sortit, les traces linéaires de la réunion avaient pâli et pris la couleur de la peau ambiante, en sorte que la restauration était aussi parfaite que possible.

L'observation que nous venons de rapporter permet de constater l'extrême lenteur avec laquelle s'accomplit la marche de certaines ulcérations cancéreuses ou cancroïdes du nez. A l'époque où nous avons opéré ce malade, l'habitude d'examiner au microscope les parcelles extraites de la tumeur, pour vérifier leur caractère cancéreux ou cancroïde, était moins répandue qu'aujourd'hui, et nous avions négligé cette exploration, assez indifférente, d'ailleurs, au point de vue du traitement. Mais ce qui reste acquis à l'observation, c'est l'extrême chronicité de cette affection ulcéreuse et la résistance des tissus à l'envahissement ou à la substitution organique qui les fait disparaître dans l'hétéroplasme cancéreux. Chez notre malade, l'origine de l'ulcère remontait à six ans, et ce n'était que depuis peu de temps que le ramollissement de la perforation de l'aile du nez avait eu lieu. Malgré cette perforation, la substance du fibro-cartilage était restée intacte dans une assez grande étendue ; elle était notamment demeurée saine au niveau du contour des ouvertures nasales, et cette intégrité nous suggéra l'idée de la modification opératoire que nous avons signalée dans la narration de ce fait. L'immunité relative du tissu fibro-cartilagineux, eu égard à la dégénérescence, s'observe dans d'autres régions. On voit, par exemple, que le cartilage tarse des paupières résiste très-longtemps à la destruction, dans les squirrhes ulcérés des paupières, et nous soupçonnons que la même résistance à la pénétration par les pullulations cancéreuses existe dans les tissus fibro-cartilagineux des au-

tres régions. Nous avons remarqué plusieurs fois l'intégrité des fibro-cartilages inter-vertébraux sur les sujets chez lesquels les disques osseux étaient envahis, et chez un malade auquel nous avons fait l'ablation du pavillon de l'oreille cancéreux ; nous avons constaté que sous la couche cellulo-cutanée qui portait les traces évidentes du cancer, le fibro-cartilage s'était conservé à peu près intact.

La généralisation de cette observation peut conduire à des précautions qu'on n'eût peut-être point osé prendre, avec une confiance suffisante, dans l'opération de la rhinoplastie. S'il est d'une saine pratique d'exciser les parties atteintes de cancer, aussi loin que possible des limites de la lésion, il est permis d'atténuer la rigueur de ce précepte en ce qui concerne les fibro-cartilages. Dans les cas de cancer, des ailes du nez en particulier, on peut se dispenser d'un sacrifice trop étendu ; et, en ménageant ainsi le squelette fibro-cartilagineux de la région, on conserve la condition matérielle de sa forme. Cette mesure, appliquée dans le cas particulier ci-dessus relaté, eut tout le succès que nous en attendions. Nous laissâmes une quantité suffisante de substratum fibro-cartilagineux, pour soutenir et encadrer le lambeau tégumentaire emprunté à la joue, la réunion se fit sans accident et la configuration du nez fut maintenue avec autant de régularité qu'il est permis d'en obtenir en matière d'autoplastie. Le pourtour des narines surtout était conservé avec la disposition symétrique qui donne à l'organe nasal son caractère propre. Nul affaissement ne survint dans l'aile du nez restaurée, et si l'on excepte une légère rétraction du lambeau qui, après l'entière cicatrisation, entraîna vers le côté opéré les téguments du dos du nez, de manière à incliner un peu le sommet de l'organe dans ce sens, on s'apercevait à peine que le malade avait subi une opération. On aura pu remarquer, d'ailleurs, que nous avions pris toutes nos précautions pour préparer le succès de la réunion immédiate de la circonférence du lambeau, précaution majeure pour laquelle nous avions combiné l'emploi des serres-fines et de la suture. *(La suite à un prochain numéro.)*

CHIMIE ET PHARMACIE.

De la pepsine et de ses propriétés chimiques et physiologiques.

M. Boudault a lu, dans la dernière séance de la Société de pharmacie de Paris, un mémoire plein d'intérêt sur la pepsine et sur ses propriétés chimiques et physiologiques. Les expériences de l'au-

teur viennent expliquer d'une manière très-satisfaisante les phénomènes de la digestion, et, à ce titre, elles méritent de fixer l'attention du corps médical.

La pepsine est une substance composée qui se trouve dans le suc gastrique des animaux ; on l'en sépare par la simple évaporation de ce suc, qui laisse pour résidu une substance sirupeuse, qui est la pepsine. M. Boudault, voulant expérimenter comparativement le suc gastrique naturel et un soluté de pepsine, a préparé cette dernière avec le suc gastrique des animaux herbivores, afin de voir s'il y avait identité dans les propriétés de l'un et de l'autre.

Le suc gastrique est obtenu en pratiquant sur des chiens l'opération connue sous le nom de fistule stomacale à l'aide du procédé du docteur Blondlot, et en adaptant à cette fistule une canule destinée à conduire le suc gastrique, à mesure qu'il se produit, dans une poche disposée à cet effet.

Ce suc filtré est liquide, limpide, de couleur légèrement ambrée, un peu plus dense que l'eau. Sa saveur est styptique et légèrement salée.

Sous l'influence de la chaleur il développe une odeur de bouillon, appréciable même à froid. Si on élève la température jusqu'à 50 degrés, et si on le soumet pendant plusieurs heures à l'action de cette température, il se trouble et perd ses propriétés digestives. Ce suc se conserve très-longtemps quand il est pur et à l'abri du contact de l'air. L'alcool en sépare la pepsine, qui se précipite à l'état neutre. L'acide tannique détermine dans le suc gastrique un précipité floconneux qui n'a aucune des propriétés de la pepsine ; il n'en est pas de même des sels métalliques qui précipitent la pepsine sans altérer ses propriétés physiologiques, que l'on fait reparaître en séparant la pepsine des sels qui l'avaient précipitée.

100 parties de suc gastrique contiennent 1,25 de pepsine et 1,75 de substances salines ; le reste se compose d'eau et d'un acide libre qui est l'acide lactique et qui joue un rôle important dans les phénomènes de la digestion. Il paraît constant, en effet, que c'est cet acide qui détermine cette fonction de la vie animale, car le suc gastrique est constamment acide, quels que soient l'âge et l'espèce où on l'extrait, et même la nature de l'alimentation à laquelle les animaux sont soumis ; seulement les proportions d'acide sont variables et généralement plus considérables quand les aliments sont plus chargés de principes amylacés.

Cette acidité du suc gastrique lui donne les propriétés des liquides acidulés ; ainsi il réagit sur les carbonates alcalins et sur la limaille de fer.

La question de l'acidité ou de la neutralité du suc gastrique, au moment de sa sécrétion, a été l'objet de l'examen spécial de M. Boudault, et il a résolu d'une manière complète ce problème qui divisait depuis longtemps les physiologistes.

Voici comment il y est parvenu : il a tué des animaux en pleine digestion, et il a soumis à un lavage complet à l'eau distillée la muqueuse de l'estomac pour en enlever toutes les parties solubles jusqu'à ce que l'eau de lavage n'ait plus d'action acide sur le papier bleu de tournesol; cela fait, il a raclé la caillette, brisé les cellules et soumis le tout à un nouveau lavage qui a donné un soluté parfaitement neutre. Ce soluté, mis en contact pendant plusieurs heures à une température de 40 degrés avec de la fibrine, n'a manifesté aucun indice de digestion ; mais en ajoutant à une certaine quantité de ce soluté placé dans les mêmes conditions une petite proportion d'acide lactique, la digestion a été complète au bout de deux heures. M. Boudault en a conclu que la pepsine est sécrétée à l'état neutre, et que ce n'est que sous certaines influences que se forme l'acide lactique.

Ici se présente une autre question : comment se forme cet acide lactique? Est-il le résultat de l'action de certains principes alimentaires sur des matières amylacées, ou bien est-ce la pepsine qui le développe par son contact avec ces mêmes matières amylacées? C'est à la pepsine seule que l'auteur attribue cette formation d'acide lactique; il la considère comme un véritable ferment, non pas analogue à la levûre de bière, qui décompose le sucre d'une manière absolue et le change en eau, acide carbonique et alcool; mais comme un agent spécial possédant la faculté de dissocier les substances alimentaires et de leur faire subir une transformation pour ainsi dire isomérique, qui modifie leurs propriétés, sans altérer leur composition.

Le suc gastrique a, comme on l'a reconnu depuis longtemps, la propriété de transformer la glycose en acide lactique, mais cette propriété que l'on croyait appartenir au suc gastrique lui-même ne serait que le résultat de la présence de la pepsine dans ce composé. En effet, si l'on fait dissoudre une certaine quantité de pepsine parfaitement neutre dans l'eau distillée; si on y ajoute de la glycose, et si l'on soumet le mélange à une température de 40 degrés centigrades pendant douze heures, il se forme de l'acide lactique; en d'autres termes, il se produit du suc gastrique, car, en ajoutant de la fibrine dans ce mélange de pepsine et d'acide lactique, on obtient au bout de quelques heures de contact, à une température conve-

nable, une digestion complète. Ainsi donc la pepsine seule, c'est-à-dire neutre, ne peut produire la digestion ; ce n'est que lorsque la glycose s'est changée en acide lactique que la digestion peut avoir lieu.

Voici des faits précis, irrécusables, et qui viennent expliquer la présence de l'acide lactique dans le suc gastrique. La diastase salivaire transforme les principes amylacées qui se trouvent dans les substances alimentaires en glycose qui se rend dans l'estomac ; là cette glycose rencontre tous les éléments nécessaires à sa transformation en acide lactique, et surtout la pepsine, le principal agent de cette modification d'où résulte la formation du suc gastrique, et, par la suite, la digestion.

Il ne faut pas croire cependant que l'acide lactique soit exclusivement le seul acide capable de produire la digestion. La pepsine, acidulée à l'aide des acides chlorhydrique et acétique, détermine aussi la formation du suc gastrique, mais jamais la digestion n'est aussi complète qu'avec la pepsine acidulée par l'acide lactique.

Après avoir examiné les propriétés chimiques et physiologiques du suc gastrique, M. Boudault s'est occupé de la pepsine artificielle; il a d'abord cherché à reconnaître s'il y avait analogie de composition entre la pepsine provenant de l'estomac des carnivores et celle que l'on retire du suc gastrique des herbivores; mais il lui a été impossible de déterminer la quantité exacte de chacun des éléments qui devaient constituer une pepsine de la même nature; les propriétés physiologiques étaient bien les mêmes ; la constitution élémentaire, sinon dans la nature des composants, du moins dans leurs qualités relatives, était constamment variable; et lorsque M. Boudault voulait priver la pepsine des acides et des sels qui l'accompagnent pour avoir un produit plus pur, ce n'était plus de la pepsine qu'il avait alors, mais un composé qui n'avait de pepsine que le nom et qui avait complétement perdu ses propriétés digestives.

On doit conclure de ces résultats négatifs que la pepsine est une substance complexe, qui n'a pas par elle-même une existence propre, spéciale, et qui trouve des analogues dans le règne végétal : telles sont, par exemple, l'émulsine des amandes, la myrosine de la moutarde, la diastase de l'orge germé, etc. Cette manière de voir, qui nous est personnelle, nous est indiquée par l'identité de propriétés qu'il y a entre la pepsine et les substances que nous venons de désigner. En effet, la pepsine ne peut pas produire la digestion sans la présence d'un acide, et particulièrement de l'acide lactique. L'é-

mulsine ne peut donner lieu à la formation de l'huile essentielle d'amandes amères sans la présence de l'amygdaline. L'huile volatile de moutarde ne peut se développer sans myrosine; enfin une quantité très-minime de diastase détermine la transformation de la fécule en dextrine, mais elle ne peut elle-même se changer en dextrine.

Dans l'impossibilité où s'est trouvé M. Boudault de déterminer l'analogie de composition des deux pepsines, il s'est attaché à démontrer l'identité de leurs propriétés chimiques et surtout de leur action physiologique. Pour cela, il a pris du suc gastrique de chiens qu'il alimentait spécialement pour cela avec une nourriture toujours semblable, en quantité toujours égale; il est arrivé ainsi à obtenir un suc gastrique pouvant digérer exactement 40 grammes de fibrine pour 100 grammes de suc, en les mettant en contact pendant quatre heures à une température de 40 degrés.

D'autre part, il a pris de la pepsine, dite artificielle, obtenue avec la caillette du mouton, qu'il a dosée en y ajoutant de l'eau lorsqu'elle était trop concentrée, en l'évaporant à une douce chaleur quand elle était trop étendue, de manière à obtenir une pepsine digérant également 40 grammes de fibrine pour 100 grammes de pepsine placée dans les mêmes conditions qu'avec le suc gastrique des chiens.

C'est cette pepsine, dite normale, qui lui a servi pour faire ses expériences comparatives. Seulement, comme dans la préparation de la pepsine artificielle, une grande partie de l'acide lactique est éliminée, M. Boudault ajoute de l'acide lactique dans sa pepsine et il en dose la proportion avec de la teinture de tournesol titrée jusqu'à ce que les deux réactions soient semblables, soit avec le suc gastrique, soit avec la pepsine artificielle.

Ainsi obtenue, la pepsine ressemble au suc gastrique des chiens, elle en a la couleur ambrée, l'odeur caractéristique; sa densité est la même: une température de 50 degrés prolongée pendant six heures les trouble l'une et l'autre et détruit leurs propriétés digestives. La pepsine se conserve indéfiniment à l'abri du contact de l'air; mais lorsque le flacon qui la renferme est entamé, sa décomposition est plus rapide que celle du suc gastrique; un léger excès d'acide retarde cette décomposition.

Elle se comporte avec l'alcool, le tannin, les sels de plomb et de mercure comme le suc gastrique. L'identité chimique entre les deux composés est donc évidente. En est-il de même de leur action physiologique? Les nombreuses expériences de M. Boudault ne laissent aucun doute à cet égard, et l'on peut dire que rarement on en voit d'aussi convaincantes.

Il a commencé par mettre en contact des proportions déterminées de fibrine et de suc gastrique dans de petits bocaux, dont les cols étaient surmontés d'un tube recourbé plongeant dans l'eau de chaux. Ces bocaux ont été soumis à une température de 40 degrés pendant quatre heures au bain-marie, avec la précaution d'agiter les bocaux le plus souvent possible; la digestion a été complète au bout de quatre heures. La même expérience, faite avec la pepsine artificielle, a donné les mêmes résultats.

Voulant s'assurer si les phénomènes seraient les mêmes dans l'économie animale, M. Boudault a introduit dans l'estomac des chiens, par la fistule stomacale qui lui servait à obtenir le suc gastrique, des poches en caoutchouc très-minces et en forme de poire, dans lesquelles il avait placé le mélange de fibrine et de suc gastrique d'une part, et la pepsine et la fibrine de l'autre, afin d'opérer comparativement. La digestion s'est effectuée dans le même espace de temps pour les deux, mais plus rapidement que dans les bocaux, bien que les proportions fussent les mêmes, ce que M. Boudault attribue au mouvement péristaltique bien plus régulier que l'agitation interrompue que l'on fait subir aux bocaux.

On pouvait faire aux expériences que nous venons de décrire une objection sérieuse : la fibrine était-elle complétement digérée, c'est-à-dire détruite, après l'opération, ou bien n'avait-elle éprouvé qu'une simple dissolution qui, en modifiant son agrégation moléculaire, ne changeait pas ses propriétés, comme cela a lieu lorsqu'on fait dissoudre la fibrine dans les acides étendus? Les réactions produites par le liquide extrait des poches de caoutchouc après la digestion répondent victorieusement à cette objection; ce liquide, en effet, conserve sa limpidité par l'ébullition, ce que ne fait pas la dissolution de fibrine; et tous les produits de la digestion obtenus dans les diverses expériences de M. Boudault présentent ce caractère essentiel de ne pas précipiter par l'ébullition.

Les deux liqueurs extraites des poches de caoutchouc offraient exactement les mêmes actions, soit avec l'alcool, l'acide azotique, le tannin, les sels de plomb et de mercure; en un mot, il y a identité parfaite entre la pepsine du chien et celle dite artificielle obtenue avec la caillette des animaux herbivores, tant sous le point de vue chimique que par rapport à leur action physiologique.

On sait que lorsqu'on met en contact du bitartrate de potasse et de cuivre avec de la glycose, il y a réduction du sel de cuivre, qui donne lieu à un précipité qui indique la présence de la glycose dans le liquide soumis à l'expérience. Eh bien, si l'on ajoute à ce sel de

cuivre un peu de glycose avec le liquide provenant de l'action de la pepsine sur la fibrine ou sur toute autre substance alimentaire azotée dans les conditions indiquées, il n'y a plus de réduction du sel de cuivre ; la glycose est masquée par le produit de la digestion azotée; il y a bien une coloration violette, mais l'ébullition même ne produit pas de réduction ; il faut ajouter une assez forte proportion de glycose pour que la réduction s'opère, ce qui indique bien une digestion complète.

L'emploi de la pepsine comme médicament se trouvait naturellement indiqué par son action énergique comme substance digestive; le docteur Corvisart, qui le premier en a fait usage, en a obtenu des résultats satisfaisants, et c'est la pepsine des herbivores dont il s'est servi. (Voir le *Bulletin de Thérapeutique*, t. XLVII, p. 320.)

Son mode d'emploi présentait d'assez grandes difficultés, à cause de sa facile altération, quand le flacon qui la renferme a été entamé. En outre, son origine, sa viscosité, sa saveur désagréable étaient autant de motifs de répugnance pour le malade. Il fallait donc trouver un moyen de la transformer sans nuire à son action médicale. Il y avait à craindre, en l'associant à une substance inerte, que cette substance n'éprouvât une sorte de digestion ou n'agît sur la pepsine comme un ferment ; il fallait, en outre, que cette substance fût assez hygrométrique pour absorber l'humidité de la pepsine et ne pût cependant attirer encore l'humidité de l'air; le sucre était une des matières avec lesquelles il semblait le plus facile d'associer la pepsine; mais au bout de quelques jours le sucre de canne est transformé, sous son influence, en glycose et ensuite en acide lactique, car ici la pepsine agit comme un véritable ferment.

C'est l'amidon desséché à 100 degrés, qui a donné à M. Boudault les meilleurs résultats. L'amidon, qui a la propriété de ne point entraver la digestion, forme avec la pepsine une matière pulvérulente dont l'odeur est très-affaiblie et la saveur en partie déguisée ; cette poudre se conserve très-bien dans des flacons bien bouchés, et le temps ne modifie aucunement ses propriétés physiologiques.

Les proportions employées sont telles, que chaque dose d'amidon additionné représente exactement 1 gramme de pepsine pouvant digérer 4 grammes de fibrine desséchée, soit la valeur d'une noix de côtelette.

Sous cette forme, la pepsine peut être mélangée avec une foule de substances médicamenteuses qui n'en modifient nullement l'action thérapeutique ; ainsi, avec le chlorhydrate de morphine pour combattre les douleurs vives de l'estomac ; avec la strychnine, pour

stimuler les mouvements péristaltiques de cet organe; avec le sous-nitrate de bismuth, le lactate de fer, le carbonate de fer, l'iodure de fer, le fer réduit et les autres préparations analogues.

Elle est très-efficace dans la dyspepsie et dans toutes les digestions difficiles, qui suivent ordinairement les convalescences des maladies graves ou chroniques; enfin elle s'est montrée un puissant agent digestif dans les cas de consomption par insuffisance de nourriture.

On l'administre dans la première cuillerée de potage, ou bien avant le repas, enveloppée dans une hostie; il faut avoir la précaution de ne pas manger immédiatement après des aliments à une température de plus de 45 degrés, car alors les propriétés digestives de la pepsine seraient détruites.

Elle s'emploie à l'état acide ou à l'état neutre. A l'état acide, elle remplace le suc gastrique, quand il ne se forme pas en quantité suffisante dans certaines affections morbides ; à l'état neutre, c'est-à-dire faiblement acidulée, dans les cas où l'estomac contient une trop grande quantité d'acide.

Comme on le voit, la pepsine chimique ou artificielle peut très-bien remplacer le suc gastrique et peut être considérée comme un médicament des plus héroïques.

Nous avons analysé longuement le mémoire de M. Boudault, parce qu'il nous a paru présenter des faits intéressants au point de vue chimique et physiologique ; nous regrettons cependant de n'avoir pas trouvé dans ce travail un seul mot sur les expériences analogues qu'avait entreprises avec succès notre regrettable confrère M. Quévenne, et que la mort est venu interrompre. Nous aimons à croire que M. Boudault les ignorait, sans cela il ne les aurait pas passées sous silence; car il y a de l'honneur à signaler les travaux de devanciers qui ont pu diriger vos investigations, lorsque ces devanciers portent un nom aussi justement estimé. C. Favrot.

De l'avantage de faire intervenir le miel comme excipient dans les masses pilulaires.

Par M. C.-J. Thibault, pharmacien à Saint-Etienne.

Le nombre des pilules officinales usitées dans la vieille pharmacie a bien diminué de nos jours; l'emploi de ce qui nous en reste encore tend à tomber de plus en plus en désuétude. Parmi celles qui ont joui d'une certaine vogue, bien peu se trouvent aujourd'hui dans nos officines, car elles ne sont presque jamais formulées par le médecin.

Mon intention n'est pas de réhabiliter ces vieilles panacées, mais

j'ai voulu rechercher la cause qui a pu en faire tomber en oubli plusieurs qui doivent avoir une actiou incontestable ; je crois l'avoir trouvée en grande partie dans le mode vicieux de leur préparation. En effet, les pilules récemment faites sont molles, peuvent se dissoudre dans les sucs de l'estomac et produire l'action que l'on est en droit d'atteudre des substances qui entrent dans leur composition ; mais elles ne conservent pas ces propriétés, qui ne durent que très-peu de temps : un mois, et à plus forte raison une année après, on trouve qu'elles sont devenues inactives. D'où provient donc cette anomalie ? Elle doit exister tout entière, je crois, dans ce que ces pilules ne peuvent plus se dissoudre dans les sucs de l'estomac et qu'elles traversent le tube intestinal, pour être rendues par les déjections telles qu'elles ont été prises.

Examinons les pilules de cynoglosse par exemple, et nous verrons si les choses doivent se passer ainsi que je l'indique. Ne trouvons-nous pas que très-peu de temps après leur préparation ces pilules sont devenues tellement dures, qu'on peut comprendre facilement qu'elles doivent nécessairement résister à l'action dissolvante des sucs de l'estomac ? Aussi voyons-nous des médecins vanter leur action et d'autres la nier ; contradiction qui a raison d'être, l'action de ces pilules devant être subordonnée à leur préparation plus ou moins récente.

Nous trouvons dans le miel un excipient qui fait disparaître tous ces inconvénients, et dont l'emploi sera un progrès dans l'art de formuler. Les pilules dans la composition desquelles on le fait intervenir conservent indéfiniment les qualités qu'elles doivent avoir pour se dissoudre dans l'estomac, car elles restent toujours molles. J'ai préparé, il y a deux ans, des pilules de cynoglosse avec le miel pour excipient, et elles sont aujourd'hui dans le même état qu'elles étaient au moment où elles ont été faites, c'est-à-dire qu'elles sont restées molles.

Il y aurait un avantage égal à faire entrer le miel dans les pilules magistrales ; car assez fréquemment le médecin formule un nombre de pilules dont l'emploi doit durer souvent un mois et plus. Les dernières ont donc toute chance de tomber dans l'inconvénient que j'ai signalé et qu'uue bonne thérapeutique a tout intérêt à éviter, si elle veut compter sur les agents qu'elle emploie.

La révolution à opérer ne sera pas bien grande en attendant la révision si utile et si désirée du Codex ; il n'y aura qu'à remplacer dans les formulaires le mode sacramentel de : *Sirop, quantité suffisante*, par celui de : *Miel, quantité suffisante*. Les médecins en fe-

ront autant dans leurs prescriptions. Nous aurons le soin, de notre côté, de suppléer à l'oubli que quelques-uns pourront faire, et un véritable service sera ainsi rendu à la thérapeutique par cette modification facile.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Exemples des bons effets de l'emploi topique de la teinture d'iode dans les cas d'épanchements séreux.

Les opérations pratiquées dans les grandes cavités sont toujours, sinon dangereuses, au moins fort téméraires, et lorsqu'il est possible d'arriver à la guérison sans recourir à ces moyens extrêmes, on doit s'estimer très-heureux car, nous le savons tous, la partie chirurgicale de la médecine offre à l'œil vulgaire un éclat tel que peu d'hommes peuvent résister à l'attrait qu'elle exerce ; disons, en d'autres termes, que le chirurgien qui opère avec dextérité a toujours plus de vogue que l'humble praticien qui guérit sûrement ses malades, sans les exposer aux dangers d'une opération toujours chanceuse dans ses résultats.

C'est donc un service à rendre à la médecine que de publier les faits de guérison qui ont eu lieu sans opération.

Obs. I. Ayant eu à soigner, en 1850, la femme d'un meunier de Neuville-les-Dames (Ain), qui avait un épanchement pleurétique considérable durant depuis six mois, et qui présentait tous les caractères de la fièvre hectique, tels que amaigrissement, toux sèche, frissons, œdème des extrémités, etc., je crus que l'épanchement était devenu purulent; la difficulté à respirer était telle que je craignais de voir succomber prochainement cette malheureuse. Je proposai de prime abord, comme seul et unique moyen de salut, la thoracentèse, suivie d'une injection iodée. La malade et la famille ne voulurent entendre parler de ce moyen qu'ils ne connaissaient pas et qui, suivant eux, devait amener la mort. Je proposai alors les vésicatoires répétés ; j'éprouvai encore, au sujet de ce nouveau moyen, une résistance invincible, parce qu'ils avaient été employés déjà longtemps sans succès. Il me restait donc l'emploi de poudres diurétiques, telles que scille et digitale, puis le calomel à dose purgative. Ces médicaments avaient été employés plusieurs fois déjà sans succès, aussi la malade n'y accorda-t-elle qu'une confiance bien faible, et, par conséquent, ne les employa pas d'une manière bien suivie. Je voulais agir localement. Quels moyens employer ? Les frictions mercurielles ont bien été recommandées, je n'y attachais

qu'une médiocre confiance. Après une mûre réflexion, je me décidai pour l'iode sous forme de teinture ; je fis sur le côté malade un véritable badigeonnage, renouvelé matin et soir au moyen d'un large pinceau. Ces applications d'iode produisirent au bout de quelques jours une exfoliation de l'épiderme desséché. Je n'en continuai pas moins le badigeonnage, qui détermina un peu de cuisson dans les points fraîchement exfoliés. Mais ce qu'il y eut de plus remarquable, c'est qu'au bout de dix jours il se manifesta une amélioration sensible sous le rapport de la dyspnée et de la fièvre qui minait cette malade. A la percussion, je constatai une légère diminution dans l'épanchement; les urines, qui jusque-là avaient été rares, devinrent un peu plus abondantes et limpides. Cet amendement, que je n'espérais pas, me fit insister sur l'emploi de la teinture d'iode en badigeonnage, et au bout de six semaines, la matité n'existait plus que dans quatre travers de doigt. Après deux mois de ce traitement, pendant lequel il a été employé environ 60 grammes de teinture d'iode, la malade se livrait à toutes ses occupations; les fonctions reprenaient leur libre exercice, l'embonpoint reparaissait, et toute trace d'épanchement avait cessé, à tel point que le murmure vésiculaire s'entendait dans toute l'étendue du poumon ; plus de souffle bronchique. La malade accusait seulement de rares douleurs dans les longues inspirations, ou dans l'action de se moucher ou d'éternuer. Les urines, examinées à plusieurs reprises, m'ont présenté des traces d'iode.

De quelle manière s'est opérée la résolution de cet épanchement qui présentait les caractères les plus fâcheux, c'est ce que je n'oserais expliquer. Ce n'est pas par l'augmentation des urines, qui n'ont jamais été assez abondantes pour donner l'explication de ce phénomène ; les selles, qui étaient de temps en temps diarrhéiques avant l'emploi de l'iode, se sont régularisées; la peau, qui était sèche et rude, est devenue douce et moite au bout de quelques jours.

Ce fait que j'avais recueilli était resté dans ma mémoire, et j'attendais de nouvelles occasions d'expérimenter l'iode en badigeonnage dans les épanchements séreux. Je l'essayai dans deux cas d'hydropisie ascite chez des adultes, sans aucun succès; ma foi en ce moyen était presque ébranlée. Il se passa plusieurs années avant qu'il se présentât à moi un cas de pleurésie chronique, avec épanchement, où je pus mettre en pratique ce moyen. Enfin il s'en présenta un.

Obs. II. M. G..., géomètre, âgé de soixante-neuf ans, fut atteint d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine, au mois d'août 1855;

il y porta peu d'attention ; au bout de quelques jours cependant, la douleur, la difficulté à respirer, et l'impossibilité de se livrer à ses occupations habituelles l'obligèrent à me faire appeler. La toux était peu fréquente et sèche ; le soir, il y avait un peu de fièvre. A l'auscultation, je trouvai une diminution sensible de l'expansion vésiculaire, point de souffle tubaire, seulement un peu de retentissement de la voix, sans égophonie. J'appliquai un large vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine, et au bout de quelques jours, l'amélioration fut assez sensible pour que le malade reprît ses occupations. Au mois de septembre, il fit un voyage à Paris, visita l'Exposition de l'industrie et revint chez lui, souffrant toujours de son côté et ne pouvant se livrer aux courses journalières que nécessitait sa profession, à cause de la difficulté qu'il éprouvait à se mouvoir et à respirer à son aise. Appelé de nouveau, je constatai une matité complète dans les trois quarts de la cavité thoracique gauche, un souffle bronchique très-prononcé, du chevrotement de la voix de temps en temps ; la toux était rare et le plus souvent sans expectoration. J'avais donc affaire à un épanchement pleurétique chronique. J'appliquai successivement quatre larges vésicatoires, j'ordonnai la digitale, la scille, le calomélas, sans aucun succès. Au contraire, je constatai, au bout de quinze jours de ce traitement, une légère augmentation dans l'épanchement. Le malade ne pouvait plus se coucher que sur le dos, et il était forcé souvent de se mettre sur son séant à cause de la difficulté à respirer. Eprouvant de la résistance à appliquer de nouveaux vésicatoires et à administrer des médicaments réputés diurétiques, je pensai à l'iode, qui m'avait si bien servi une fois et que j'avais presque oublié. Je prescrivis donc la teinture d'iode en large badigeonnage, exécuté matin et soir sur toute la moitié gauche de la poitrine, en avant comme en arrière. Ce moyen, que j'avais présenté comme héroïque, fut adopté avec ardeur par le malade et sa famille, en raison de la facilité de son emploi. Cependant, au bout de quelques jours, l'épiderme desséché s'étant exfolié et la teinture d'iode ayant été appliquée sur ces points, occasionna quelques douleurs qui inquiétèrent le malade et lui firent suspendre les frictions pendant quelques jours. Elles furent reprises et furent pratiquées avec persévérance pendant deux mois. Le 16 décembre, par la percussion et l'auscultation, je constatai un diminution des deux tiers de l'épanchement ; la matité n'existait plus que dans quatre à cinq travers de doigt, à la base de la poitrine. Mais la maigreur, la faiblesse et une véritable émaciation me firent suspendre le badigeonnage, par la crainte partagée par le malade que l'iode ne fût la cause de

ces nouveaux accidents. J'ordonnai les viandes noires, le vin de Bordeaux, et après quinze jours de ce régime tonique, les fonctions reprirent leur cours, la force revint et je pus reprendre l'iode, en insistant sur le régime tonique ; enfin, dans la dernière quinzaine de janvier 1856, je ne trouvai plus de signe de l'épanchement. Les urines, qui au commencement de la maladie étaient rares (le malade ne pouvant se décider à boire que très-peu, même à ses repas), les urines devinrent un peu plus abondantes et donnèrent des traces d'iode. La peau, qui avait été sèche pendant longtemps, devint douce et moite.

Obs. III. Mme Raymoud, à Challes-Bourg, cinquante ans, nerveuse, sèche, fut atteinte de pleurésie du côté gauche, le 15 décembre 1855. Je ne fus appelé que le 25 ; alors je constatai par la percussion une matité prononcée dans toute la hauteur de la poitrine du côté gauche ; à l'auscultation, du souffle tubaire, aucun râle, une grande gêne dans la respiration, au point que la malade se tenait assise dans son lit le jour et la nuit ; toux rare et sèche, le côté droit sain. Diagnostic : épanchement pleurétique. J'ordonnai un large vésicatoire, la digitale, la scille, une tisane nitrée, le calomélas à doses purgatives. Le 13 janvier, aucune amélioration ; résistance de la part de la malade et de son mari à l'application d'un nouveau vésicatoire ; ennui à prendre des poudres qui, suivant son dire, ne produisent aucun bien. Je proposai le badigeonnage avec la teinture d'iode, il fut accepté, sur l'assurance que je donnai qu'il ne produirait aucune douleur. Exécuté, pour la première fois, le 14 au matin, il fut continué jusqu'au 2 février sans interruption ; à ce moment, je constatai la diminution d'un bon tiers de l'épanchement. La malade pouvait respirer à son aise et se couchait sans gêne sur l'un et l'autre côté. Encouragée par ce résultat, la malade reprit le badigeonnage avec persistance, et le 28 février, je ne trouvai plus de signes de l'épanchement, si ce n'est une petite douleur dans les grandes inspirations. Les urines, qui étaient rares et difficiles au début, devinrent abondantes et limpides et elles contenaient de l'iode. La peau, qui avait été sèche, devint douce et moite.

Obs. IV. M. G., professeur au collége de Bourg, cinquante ans, nerveux, faible constitution, souvent malade, fut atteint de pleuropneumonie droite, le 15 février 1856. La pneumonie suivit son cours. Le 24, je ne trouvai à l'auscultation aucun râle, mais un bruit de souffle, de la matité dans les trois quarts de la poitrine, de la gêne dans la respiration ; le malade est obligé de se coucher sur le dos. Diagnostic : épanchement pleurétique. Deux vésicatoires, teinture

de digitale, boisson nitrée, sans amendement. Le 1er mars, je commençai le badigeonnage avec la teinture d'iode. Je fus obligé de le suspendre plusieurs fois, mais pendant quarante-huit heures au plus, à cause des douleurs amenées par l'application de l'iode sur l'épiderme exfolié. L'auscultation, pratiquée tous les cinq à six jours, me faisait découvrir une diminution dans l'épanchement. Le 22 mars, je mis le malade à un régime tonique, en raison de la faiblesse et de l'émaciation qui se prononçait, et je pus continuer l'iode. Enfin, le 15 avril, je ne trouvai plus aucun signe de l'épanchement, et le malade put reprendre ses fonctions au collége dans les premiers jours de mai. Je constatai la présence de l'iode dans les urines.

Obs. V. Mlle de H..., trente-cinq ans, nervoso-sanguine, bien portante, fut prise, le 10 mai, de pleuro-pneumonie, avec douleur poignante dans le côté gauche, crachats sanguinolents. (Une saignée, quinze sangsues, antimoniaux, tartre stibié, etc.) La phlegmasie pulmonaire disparut, mais, le 21, il restait un épanchement occupant les deux tiers de la cavité; souffle bronchique, égophonie, matité, gêne de la respiration, impossibilité de se coucher d'aucun côté; résistance absolue à l'emploi d'aucun vésicatoire. J'exécutai le badigeonnage avec la teinture d'iode; je prescrivis la teinture de digitale et une tisane nitrée. Le 1er juin, l'épanchement me parut sensiblement diminué; nous continuâmes le badigeonnage, malgré quelques petites douleurs occasionnées par l'application sur des parties dénudées. Ce n'est que le 21 juin que la résorption fut complète. Les urines qui, au début, avaient été rares et troubles, devinrent abondantes et limpides et contenant de l'iode. La peau, qui était sèche, devint douce au bout de quelques jours, et fut le siége d'une abondante transpiration.

Ces faits ne peuvent laisser du doute dans l'esprit de personne, touchant l'emploi de l'iode en application extérieure dans les épanchements pleurétiques. On peut objecter que ces épanchements se résorbent spontanément sans aucune médication, cela est vrai, mais ce n'est point là la règle générale. Il serait à expérimenter si la teinture d'iode, employée sans aucun autre moyen, serait capable de produire ce phénomène. Tous les médecins savent quel compte on doit tenir des médicaments réputés diurétiques dans les épanchements de la poitrine. Il est reconnu que les larges vésicatoires ont bien plus d'efficacité, mais la douleur et l'irritation qu'ils produisent les font souvent rejeter par les malades. L'iode, au contraire, est d'un emploi facile, n'occasionne aucune répugnance aux malades.

Je suis tellement convaincu de l'efficacité de ce moyen dans les épanchements séreux que je n'hésite pas à l'employer dans tous les cas de cette nature, tels qu'hydrartrose, où j'ai eu quatre fois des résultats avantageux. Je l'ai employé récemment chez un enfant de cinq ans, atteint d'hydrocèle. Les parents de cet enfant, à qui je proposai la ponction suivie d'injection iodée, la rejetèrent, prétendant qu'on ne pouvait faire une opération pour une maladie qui n'occasionnait ni gêne ni douleurs. Les choses en restèrent là pendant environ deux mois, pendant lesquels la sérosité ayant augmenté dans la tunique vaginale, on recourut à moi. Cette fois, au lieu de proposer l'opération, qui avait tant indigné la famille de cet enfant, je proposai le badigeonnage avec la teinture d'iode, qui fut accepté. On le pratiqua, matin et soir, pendant une dizaine de jours. A ce moment l'iode, appliqué sur l'épiderme exfolié, détermina de telles douleurs que l'enfant ne voulut plus se laisser badigeonner. On consulta un autre médecin qui se moqua beaucoup du moyen que j'employais et répéta qu'il n'y avait de guérison possible que par l'opération. Il voulut la faire *illicò* ; le petit malade fut tellement épouvanté de l'appareil opératoire qu'il se sauva de la maison du chirurgien. Il consentit alors à se laisser badigeonner avec l'iode, que l'on interrompit de temps en temps en raison des douleurs qu'il occasionnait. Enfin, deux mois environ après l'emploi de ce moyen, ne pensant plus à cet enfant et croyant qu'il s'était adressé à un autre médecin, je le vis revenir chez moi, accompagné de sa mère, qui venait me payer puisque, disait-elle, j'avais très-bien guéri son enfant, et sans opération. Je l'examinai avec beaucoup de soins, et je ne trouvai plus aucune trace de sérosité dans la tunique vaginale. Les parois de cette tunique n'étaient point adhérentes, et le testicule glissait facilement sur tous les points.

Ce fait, je crois, n'a pas besoin de commentaires, et je me propose d'employer l'iode en application dans tous les cas d'hydrocèle. Je dois dire, d'autre part, que la teinture d'iode est aujourd'hui pour moi d'un usage journalier. Ai-je une plaie de mauvaise nature et dont la cicatrisation est longue à se faire ; je passe dessus la teinture d'iode, ot je l'emploie en injections dans les trajets fistuleux, voire même dans ceux de l'anus, où je compte déjà quatre cas de succès complet et datant, le dernier, de huit mois. Je traite dans ce moment un épicier atteint de fistule complète de l'anus, remontant dans l'intestin jusqu'à une hauteur de 6 à 7 centimètres. A l'extérieur, on distinguait, avant l'emploi de l'iode, cinq ouvertures qui communiquaient entre elles. Deux injections ont suffi pour les boucher toutes.

Cinq jours après, le malade croyant avoir senti un peu de suintement par une ouverture externe de ces trajets fistuleux, je l'examinai avec soin et je résolus de pousser une troisième injection dans le principal trajet. Pour cela faire, je fus obligé de décoller, de manière à pouvoir introduire le bout de la seringue; je poussai avec force et tout le liquide ressortit par le point où je l'avais poussé. Je recommençai de nouveau, dans la crainte que ma seringue n'eût arcbouté contre une bride. Je sondai avec soin et je ne trouvai qu'un cul-de-sac de quelques millimètres, qui fut fermé le lendemain. J'attendrai plusieurs mois pour compter ce fait au nombre des succès.

Je dois dire, pour être vrai, que trois fois j'ai éprouvé de l'insuccès dans des fistules à l'anus, à tel point que je n'ai obtenu la guérison que par l'opération. Dans les cas de kyste contenant un liquide, de quelque nature qu'il soit, je ne pratique plus d'opération sanglante; je passe, au moyen d'une aiguille courbe, un petit séton trempé dans la teinture d'iode. Je fais sortir le liquide contenu dans la poche par une des ouvertures, en pressant avec force, puis je mouille le séton tous les jours avec la teinture d'iode, et au bout de trois à quatre jours, je le retire : dix-huit fois sur vingt, je guéris par ce moyen.

Si la publicité de ces différents faits d'une pratique campagnarde peut être utile à nos confrères, je m'estimerai heureux d'avoir consacré quelques instants de mon repos à les énoncer.

E. Vaulpré, D. M.,
à Bourg (en Bresse).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Du traitement et de la prophylaxie de la fièvre puerpérale. — La fièvre puerpérale est avec juste raison l'objet d'une des plus graves préoccupations des praticiens. C'est surtout dans les hôpitaux et dans les grands établissements spéciaux de femmes en couches que se fait sentir de plus en plus vivement la nécessité d'opposer un remède efficace à l'envahissement de ces terribles épidémies qui compromettent si gravement la vie des jeunes femmes. Il n'est donc pas étonnant de voir, après qu'on a successivement épuisé toutes les ressources connues de l'art, reparaître de temps en temps, avec des modifications qui les rajeunissent un peu, des méthodes déjà éprouvées à d'autres époques. C'est ce qui a lieu en particulier, en ce moment, pour le sulfate de quinine. Le quinquina d'abord, sous toutes ses formes, puis le sulfate de quinine ont été alternativement

préconisés, puis abandonnés et repris de nouveau ; preuve que s'ils n'ont pas toujours répondu à ce qu'on en attendait, ils n'ont du moins pas été entièrement sans efficacité. Quelle est la valeur réelle de cet agent thérapeutique comme traitement ou comme prophylaxie de la fièvre puerpérale? quelle utilité doit-on en attendre? Cette question si simple cependant en apparence, et que l'expérience clinique eût déjà dû résoudre depuis longtemps, est à ce qu'il paraît très-difficile en réalité, puisque aujourd'hui encore, après les diverses tentatives que nous avons fait connaître à plusieurs reprises, les praticiens les plus compétents sont ou indécis ou divisés d'opinion à cet égard. On se rappelle que le sulfate de quinine a été remis en honneur tout récemment dans le traitement de la fièvre puerpérale par M. le docteur Beau. Il vient d'être également préconisé de nouveau, associé au fer, comme moyen prophylactique, par M. le docteur Piédagnel. Voici la relation de ce qui s'est passé dans son service des femmes de l'Hôtel-Dieu, pendant la durée de la dernière épidémie d'affections puerpérales. Il ne sera pas sans quelque utilité d'indiquer d'abord l'ordre de faits et d'idées qui ont conduit cet honorable praticien à instituer ce traitement prophylactique.

Sachant que la quinine a souvent été employée avec avantage dans cette maladie, qu'elle prévient les accès de fièvre intermittente pernicieuse; se rappelant que pendant le choléra de 1853-54, il avait obtenu des résultats préventifs non douteux par son administration; sachant aussi que le fer, qui a une action positive sur l'ensemble de l'économie, a de même été employé avec avantage contre la fièvre puerpérale, M. Piédagnel a pensé qu'en les associant on pourrait retirer de bons résultats de leur administration. Mais comme la fièvre puerpérale débute ordinairement d'une manière brusque, et par conséquent n'est pas toujours précédée d'altération partielle, il a pensé en outre que l'administration de ces médicaments, qui ne devait point entraîner de conséquence fâcheuse, pourrait être faite avant le début de la maladie, lorsqu'on craindrait de la voir se développer.

Voici quel a été, d'après ces vues, le traitement qu'il a mis en usage.

Dès qu'une femme entrait dans son service pour accoucher, accouchant, ou accouchée, elle prenait deux pilules de 10 centigr. de sulfate de quinine et 1 gramme de sous-carbonate de fer. Le soir, à la visite, une même quantité de médicaments était administrée, et tant que durait le séjour des malades à l'hôpital, matin et soir on donnait ces mêmes médicaments et à semblables doses. Les femmes

buvaient de l'eau de tilleul et une bouteille d'eau de Spa. Toutes les fonctions étaient bien surveilées.

Lorsqu'il survenait des signes de fièvre puerpérale, des douleurs, des frissons, de la fièvre, de l'excitation cérébrale, etc., on augmentait immédiatement et d'une manière progressive les doses quotidiennes de sulfate de quinine, à 60, 80 et jusqu'à 120 centigramm. La quantité de fer était également augmentée et portée à 4, 5, 6 grammes; dès que les symptômes s'affaiblissaient, on diminuait les doses.

Voici le résultat signalé par M. Piédagnel :

Sur 51 malades traitées dans l'espace de soixante-huit jours, pendant la durée de l'épidémie de fièvre puerpérale, du 16 mars au 23 juillet dernier, aucun cas de fièvre n'a eu lieu; 11 malades ont eu des symptômes de la maladie à son début, sans persévérance; 1 venant d'un autre hôpital, où elle était accouchée, est entrée avec une fièvre puerpérale à laquelle elle a succombé en deux jours; 1 autre est entrée dans un état d'éclampsie grave : accouchée de la nuit, elle est morte dans la journée.

Du 23 septembre au 31 octobre, dans un intervalle de trente-huit jours, 40 femmes ont été admises pour accoucher; 15 ont eu des accidents légers; 2 ont été assez gravement malades; 1 est morte de fièvre puerpérale avec péritonite et épanchement thoracique.

En résumé, sur 91 femmes accouchées, une seule est morte de fièvre puerpérale contractée dans le service.

Depuis cette époque, des essais semblables ont été entrepris dans le même hôpital, dans un service voisin. Toutes les malades admises dans les salles de M. Trousseau, à la suite d'accouchement, sont soumises à l'administration préventive de 50 centigrammes de sulfate de quinine en cinq pilules. S'il survient des frissons, si, en dehors de la fièvre de lait, le pouls et la température de la peau révèlent un état inquiétant, la dose de sulfate de quinine est élevée à 1 gramme. Ces essais faits jusqu'ici n'ont donné aucun résultat qui puisse paraître bien concluant ni pour ni contre la méthode; mais nous devons faire remarquer que, faits en grande partie en dehors des conditions épidémiques, ils ne permettent guère d'en apprécier les véritables effets.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Dérivation. *De la méthode lacrymale ou lacrymation.* Il n'est presque pas de maladie des yeux, dit M. Brachet, qui ne s'accompagne d'une sécrétion plus ou moins considérable des larmes, et dans laquelle on ne

voie ce flux opérer du soulagement et contribuer à la guérison. Qu'un grain de poussière, un gravier ou tout autre corps étranger pénètre dans l'œil et en irrite la surface, de suite des larmes abondantes s'écoulent et entraînent le corps étranger qui venait offenser l'organe. Elles calment en même temps l'irritation qu'il avait causée à la surface de la conjonctive. La nature médicatrice a mis en œuvre l'action bienfaisante de la glande lacrymale, et a opéré la cure du mal dont l'œil était menacé. Qui n'a vu des ophthalmies très-intenses ne guérir que par un larmoiement considérable? Dans ce cas, les larmes jouent deux rôles distincts : elles agissent à la surface de l'œil comme une fomentation émolliente, et elles opèrent la crise ou la solution de la maladie, comme la diarrhée opère la crise ou la solution d'une pneumonie ou d'une hépatite. C'est d'après ces données que les ophthalmologistes opèrent le plus souvent la guérison des maladies des yeux; ce qu'ils attribuent à l'action directe, émolliente ou résolutive du collyre, ils ne le doivent qu'à la sécrétion des larmes qu'ils ont provoquée; ce qui le prouve, c'est qu'on peut obtenir les mêmes résultats en provoquant la sécrétion des larmes par une excitation mécanique de la conjonctive. « D'après toutes ces considérations, continue l'auteur, nous devons regarder la sécrétion des larmes comme une voie médicatrice, par laquelle la thérapeutique peut éliminer un principe morbifique, soit en révulsant sur la glande la direction fluxionnaire qui se faisait sur la partie malade, soit enfin en fournissant un liquide émollient qui sert à tempérer et à calmer l'irritation inflammatoire; ce qui nous expliquerait peut-être la manière d'agir de l'occlusion palpébrale dans le traitement de l'ophthalmie. Nous sommes donc fondé à admettre une médication lacrymale ou *lacrymation*. » — Tout en acceptant comme vraies, dans un grand nombre de circonstances, les observations de M. le professeur Brachet, nous pensons cependant qu'il faut ne les admettre qu'avec certaines restrictions : ainsi il n'est pas certain que les larmes soient toujours un liquide émollient et résolutif; elles sont assez souvent, au contraire, âcres et irritantes, et la preuve, c'est qu'elles excorient les joues et font rougir les yeux dans un grand nombre de circonstances. En second lieu, on ne peut nier que les substances médicamenteuses portées sur la conjonctive possèdent une action propre, indépendante de celle qu'elles exercent sur la sécrétion lacrymale. Les effets utiles ou nuisibles que l'on retire tous les jours de certains médicaments oculaires en sont la preuve; leur absorption et leur pénétration dans l'œil sont d'ailleurs démontrées. (*Gaz. méd. de Lyon* et *Journ. de méd. de Bruxelles*, janvier 1857.)

Electricité *comme moyen de rappeler la sécrétion lactée supprimée.* L'électricité a été proposée depuis longtemps comme moyen d'exciter les sécrétions; mais soit que les résultats n'aient pas toujours répondu à ce qu'on en attendait, ou que les appareils dont on s'est servi fussent trop imparfaits et peut-être mal maniés, toujours est-il que ce moyen était presque complétement abandonné, lorsqu'il y a quelque temps de nouveaux essais plus fructueux sont venus le rappeler à notre attention et nous faire espérer qu'on pourrait à l'avenir en tirer un parti utile pour les cas où il s'agit de rappeler une sécrétion supprimée. Il y a quelques mois un praticien, M. le docteur Auber, publiait l'histoire d'une femme de vingt-six ans, qui pendant qu'elle allaitait, fut obligée de suspendre l'allaitement, son nourrisson ayant été pris d'une pneumonie. Mais lorsque l'enfant fut rétabli et en état de reprendre le sein, la sécrétion du lait était supprimée. M. Aubert eut l'idée alors de recourir à l'électricité appliquée sur les seins, à l'aide d'excitateurs humides. Après quatre séances de vingt minutes chacune, la sécrétion lactée était complétement rétablie.

M. Becquerel a fait depuis la même tentative dans une circonstance semblable, et il en a obtenu un résultat aussi satisfaisant. Voici le fait qu'il a rapporté récemment à la Société médicale des hôpitaux.

Une jeune femme de vingt-sept ans, bien constituée, quoique d'un tempérament nerveux, nourrissait parfaitement, depuis six mois, un jeune enfant, et son lait n'avait jamais manqué. A la suite d'émotions vives et répétées, la sécrétion lactée diminua beaucoup; le sein droit conserva un peu de lait, le gauche se tarit à peu près complétement. La mère songea à sevrer, on fit manger l'enfant, mais il dépérit et s'affaiblit. M. Becquerel conseilla de prendre une nourrice, mais la mère s'y refusa. Il songea alors à employer l'application de courants

électriques d'abord sur le sein gauche, où depuis près de huit jours, il n'y avait que quelques gouttes de lait. Il opéra avec une machine magnéto-électrique de *Gœffe* et *Loiseau* de force médiocre, à courant très-doux et à intermittences rapides. Les excitateurs humides (éponges) étaient placés successivement dans les divers points de la circonférence du sein, de manière à ce que les courants passent traverser l'organe dans tous les sens. Trois séances de quinze minutes eurent lieu. La malade souffrit à peine, c'était plutôt un malaise qu'une souffrance réelle. Dès la première séance, la montée du lait survint presque immédiatement après l'application des courants électriques. Après la troisième séance, la sécrétion était pleine et entière ; l'enfant avait repris le sein et la sécrétion lactée était toujours très-abondante dans le sein gauche. A la suite de ces applications, c'était le sein droit qui fournissait le moins, mais il en donnait assez pour qu'il n'ait pas été nécessaire de le soumettre aux excitations électriques comme le sein gauche.

Nous ajouterons que d'après les détails très-bien circonstanciés dans la relation de ces deux faits, l'influence de l'électrisation sur le rétablissement de la sécrétion lactée supprimée ne saurait être mise en doute, et qu'on ne serait point fondé à attribuer ce rétablissement soit à l'impression morale, au vif désir qu'avaient ces deux femmes d'allaiter, soit aux tentatives réitérées de succion, car ces diverses influences étaient restées tout à fait nulles, tandis que la sécrétion a reparu dans les deux cas dès les premières excitations électriques. (*Union médic.*, janvier 1857.)

Ergotine. *Son emploi dans la diarrhée épidémique de l'armée sarde en Orient.* Il y a en thérapeutique un fait extrêmement important et qu'il ne faut jamais perdre de vue dans la pratique, bien que nos connaissances physiologiques ne nous permettent pas de l'expliquer, c'est l'action élective de certains médicaments pour certains organes ou pour telle région du corps à l'exclusion des autres. Il importe d'autant plus d'être fixé sur la connaissance de ce fait, qu'on ne saurait sans cela, ni se guider dans l'indication de l'emploi des médicaments dont il s'agit, ni se rendre compte des apparentes anomalies, de leurs effets et des causes de leur insuccès. L'ergotine est un de ces médicaments ; et si l'on ne savait qu'elle a une action élective pour les organes sous-diaphragmatiques, on s'exposerait, en l'administrant indistinctement pour des affections des organes supérieurs comme pour celles des organes du bas-ventre, à des mécomptes et à des résultats en apparence contradictoires, qui en compromettraient la valeur réelle aux yeux des praticiens non prévenus. Ces réflexions nous sont inspirées par la lecture du travail que vient de publier M. le docteur Massolaz, médecin militaire sarde, sur les effets obtenus par l'emploi de l'ergotine dans la diarrhée épidémique de l'armée sarde en Orient, pendant l'été de 1855.

L'armée sarde était en proie à une épidémie de diarrhée et de dyssenterie survenue au déclin du choléra. Les médicaments employés pour combattre ces affections avaient été pris, en général, dans la classe des toniques, des astringents et des opiacés. Malgré l'énergie de ces médications, un grand nombre de cas s'y rencontraient rebelles. Se souvenant alors que le seigle ergoté en nature avait été conseillé dans les diarrhées rebelles, et ayant eu connaissance des cas de guérison de dyssenterie chronique par l'ergotine, publiés par M. le docteur Fontayral, d'Eymot (Dordogne), M. Massolaz crut devoir essayer ce remède.

Une vingtaine de malades atteints de diarrhées chroniques, profuses, asthéniques, furent soumis à l'action de l'ergotine, à la dose de 1 à 2 gram. dans 120 grammes d'eau gommée et édulcorée, à prendre par cuillerées à bouche de demi-heure en demi-heure. Cette prescription fut faite à la visite du matin ; le soir on put déjà constater une amélioration sensible chez tous les malades. Le nombre des selles, qui auparavant était de dix à quinze par jour, avait presque diminué de moitié. L'expérimentation fut continuée le lendemain matin à la même dose, et le soir le nombre des déjections était descendu à deux, trois ou quatre au plus, chez le plus grand nombre des malades ; chez quelques-uns le flux intestinal avait complétement cessé ; en même temps leur état général s'améliorait notablement et les forces renaissaient.

Malheureusement la pénurie de médicaments empêcha de poursuivre ces premiers essais thérapeutiques, qui avaient donné de si heureux résultats. Mais bien que cette médication ait été très-limitée par sa durée et par le nom-

bre des sujets qui y furent soumis, on ne peut méconnaître dans ce résultat la démonstration d'une action curative puissante et dont on pourrait tirer un excellent parti dans le traitement des affections phlegmorrhagiques intestinales et particulièrement dans les diarrhées chroniques et les dyssenteries si communes et si meurtrières des armées en campagne. (*Gazette des Hôpitaux*, décembre 1856.)

Fistules vésico-vaginales. (*Traitement palliatif des*). Deux moyens, répondant à deux buts distincts ont été imaginés par M. Reybard, pour diminuer ou faire cesser l'incommodité qui résulte de l'incontinence d'urine.

Dans le premier, il se propose de recevoir l'urine à mesure qu'elle passe de la vessie dans le vagin. L'appareil est un urinal composé d'une éponge, d'une vessie de baudruche ou de caoutchouc vulcanisé, d'un tube, d'une seconde vessie et d'un second tube armé d'un robinet. L'éponge est placée dans le vagin, entourée de toutes parts par la vessie supérieure, excepté en avant, au niveau de la fistule.

L'urine qui traverse celle-ci s'infiltre dans l'éponge, passe de là dans la partie déclive de la vessie vaginale et dans le tube qui la fait communiquer avec la seconde vessie, placée complétement en dehors, dans laquelle s'accumule l'urine, mais que l'on vide à volonté en ouvrant le robinet adapté à la partie inférieure du tube terminal. Un bandage en T soutient et fixe le tout.

Dans le second procédé, plus spécialement applicable aux fistules étroites, on cherche à retenir l'urine dans la vessie en fermant l'ouverture fistuleuse. C'est un obturateur composé d'abord de deux petites plaques métalliques, garnies d'éponge et recouvertes de baudruche; en second lieu, de deux fils cirés très-solides. Des deux plaques, l'une vésicale, c'est-à-dire appliquée sur l'orifice fistuleux du côté de la vessie, et large de 5 à 6 millimètres, est la plus petite. L'autre, large de 1 à 2 centimètres, est appliquée à l'intérieur du vagin sur l'orifice de la fistule. Ces deux plaques se rapprochent et sont tenues solidement appliquées l'une contre l'autre au moyen d'un fil fixé au centre de la plaque vésicale, traversant le centre de la plaque vaginale, et pouvant être arrêté de deux manières, soit en le dédoublant et en nouant les deux fils sur un petit rouleau de linge; soit en faisant préalablement sur ce fil un nœud à 8 ou 9 millimètres de la plaque vaginale, puis en faisant glisser une petite plaque de caoutchouc sur le fil qui la traverse au centre. Arrivé au nœud, il suffit de presser un peu pour le faire franchir par le caoutchouc, qui alors presse sur la plaque vaginale, et ne peut revenir sur lui-même, à cause du nœud qui résiste. Enfin, la plaque vaginale porte sur un point de sa circonférence un fil qui ressort par l'urètre et permet de la retenir au dehors pour renouveler l'appareil tous les huit à dix jours.

Pour le mettre en place, une sonde élastique, portée dans la vessie et dans le vagin à travers la fistule, sert à faire passer du vagin dans la vessie le fil que l'on retire au dehors de l'urètre. Ce fil est fixé au centre de la plaque vésicale, et, retiré par le vagin, il entraîne cette plaque et l'applique sur la fistule, du côté de la vessie. Puis, le fil ayant été passé à travers le centre de la plaque vaginale, celle-ci est poussée avec le doigt sur la plaque qu'elle doit occuper, et fixée comme il vient d'être expliqué. Ajoutons que, pour faire traverser l'urètre par la plaque vésicale, celle-ci, dont le volume est très-petit, est logée dans l'échancrure d'une grosse sonde un peu aplatie. (*Gaz. méd de Lyon* et *Journ. de méd. de Bruxelles*, janvier 1857.)

Grossesse (*Bons effets de la teinture d'iode dans les vomissements de la*). On se rappelle probablement que parmi les applications thérapeutiques intéressantes que nous avons empruntées à Rademaker, figure l'emploi de la teinture d'iode contre les vomissements. Voici maintenant M. Eulenberg, de Coblentz, qui vient recommander ce moyen, même à très-faibles doses, comme un agent très-efficace pour arrêter les vomissements si pénibles qui surviennent chez les femmes grosses. Il prescrit la teinture d'iode sous forme diluée (teinture d'iode, 1 gramme 20; alcool rectifié, 12 grammes) et à petites doses, trois gouttes plusieurs fois par jour dans un peu d'eau. La cardialgie qui accompagne cette condition maladive est également soulagée par ce médicament. M. Eulenberg prétend que les autres irritations sympathiques et les névroses des nerfs de l'estomac sont soulagées par ce même traitement. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est

que M. Eulenberg a trouvé, comme M. Lavigne l'avait signalé pour certaines formes de rhumatismes, que la teinture d'iode possède dans ces circonstances une activité qu'on ne retrouve pas dans l'iodure de potassium. (*Preuss. Ver. Zeit.* et *Edimb. Méd. Journal* 1856.)

Méningo-céphalite *développée à la suite de l'avulsion d'une dent molaire de la mâchoire inférieure.* On connaît quelques exemples rares, il est vrai, d'accidents cérébraux graves et même de méningo-encéphalites développées à la suite de l'avulsion de dents molaires de la mâchoire supérieure. Un journal belge en rapportait dernièrement une observation curieuse, recueillie dans le service de M. le professeur Burggrave. Mais nous ne croyons pas que le développement de semblables accidents ait été jamais signalé à la suite de l'avulsion d'une dent de la mâchoire inférieure. Aussi ne lira-t-on pas sans intérêt l'observation suivante, publiée par M. le docteur Prosper Meynier, d'Ornans, et qui présente un exemple remarquable de l'irradiation pathologique en question :

Le 25 janvier, M. Meynier fut appelé auprès du sieur Etienne G.. âgé de trente-cinq à quarante ans, qui souffrait beaucoup d'un abcès gingival, probablement dû à la carie d'une molaire inférieure gauche. L'extraction de la dent fut opérée sans difficulté et sans aucune circonstance qui pût alors fixer l'attention. Jusqu'au 1er février suivant, il resta une douleur sourde, et bientôt il survint une tuméfaction de tout le côté correspondant de la face. On eut successivement recours à des cataplasmes, à des applications d'eau de Goulard, des purgatifs, à un vésicatoire, au calomel et à la quinine. Malgré cette médication active, le malade succomba le 12 février. Voici les symptômes les plus saillants qu'il avait présentés : un œdème très-marqué de toute la tête, ayant commencé par le côté gauche, un état typhoïde, des frissons irréguliers, du délire; enfin tous les signes d'une infection purulente.(*Gaz. méd.*, décemb. 1856.)

Ophthalmie (*Cils anormaux, cause d'*). Il n'a certainement pas échappé à la plupart des praticiens que la disposition vicieuse des cils, leur renversement ou leur implantation anormale était une cause assez commune d'ophthalmie. On peut même s'expliquer par là, ainsi que nous en avons vu quelques exemples, cette disposition toute particulière qu'offrent certains individus à la production de fréquentes conjonctivites, dont on rechercherait vainement ailleurs la cause. Mais ce que l'on connaît moins, c'est l'existence de cils anormaux ou *mauvais cils*, dont la direction d'ailleurs dans leur partie libre est la même que celle des bons cils, et qui n'offrent par conséquent rien de commun avec le *trichiasis* ou le *distichiasis*, mais qui irritent la conjonctive par la disposition vicieuse de leur bulbe. M. Menninger a fait sur ce sujet, qu'il paraît avoir étudié d'une manière sérieuse, une communication à l'Académie des sciences qui a un intérêt directement pratique.

Le cil normal, d'après M. Menninger, présente toujours un étranglement vers le collet. A partir de ce point jusqu'à l'extrémité du bulbe, la décoloration du poil est sensible. Un mauvais cil se distingue par une disposition différente; il ne présente plus d'étranglement au collet, et, au lieu de se décolorer dans la partie inférieure, il y montre une teinte plus foncée. Ce bulbe prend un accroissement considérable et se recourbe le plus souvent à angle droit, comme la souche horizontale du *polygonatum vulgare*, avec laquelle il a d'ailleurs beaucoup de ressemblance. D'autres fois, mais plus rarement, ce bulbe se recourbe une seconde fois pour remonter parallèlement au poil. Dans tous les cas, ce mauvais poil est implanté plus profondément qu'un bon.

On ne peu guérir les conjonctivites auxquelles les mauvais cils donnent fréquemment lieu qu'en les arrachant.

Pour arracher ces cils, il faut se servir d'une pince et tirer sur eux normalement, c'est-à-dire suivant leur axe, pour ne pas les casser. M. Menninger insiste sur cette précaution, car, dit-il, si on les lui rompait très-près de la paupière, il faudrait attendre quelques jours pour leur donner le temps de repousser, afin de pouvoir les saisir de nouveau, et la guérison se trouverait retardée d'autant. Toute douleur cesse généralement environ une heure après l'opération, et, au bout de vingt-quatre heures, l'œil le plus rouge est devenu blanc.

M. Menninger dit avoir vu des personnes auxquelles, après une première extirpation, il n'était plus jamais revenu de trichorhizes (c'est ainsi qu'il désigne ces cils anormaux);

d'autres auxquelles il en est revenu après dix ans; d'autres après deux ans, et d'autres auxquelles il en est revenu avec une étonnante persistance, au point qu'il a fallu les opérer de mois en mois, cinq, six, et jusqu'à dix fois de suite; mais, à chaque nouvelle opération, il devenait sensible que les poils arrachés avaient fait un pas pour revenir à l'organisation normale. (*Comptes rendus de l'Académ. des sciences*, décembre 1856.)

Plaies (*Nouveau mode de pansement des*) *ou méthode attractive.* Dans l'une des séances du mois de décembre de la clinique de M. le professeur Velpeau, à la Charité, M. le docteur Félix Achard, de Saint-Marcellin, a lu une note sur un nouveau mode de pansement des plaies, qu'il désigne sous le nom de méthode attractive, méthode qui nous a paru mériter d'être signalée à l'attention de nos lecteurs.

M. Achard donne le nom de méthode attractive à une série très-variée et très-étendue de remèdes qui ont tous pour base les résines, combinées avec les corps gras : 1° sous forme onguentaire; 2° sous forme emplastique.

Les combinaisons des corps résineux avec les corps gras sous forme onguentaire jouissent des propriétés suivantes : 1° elles attirent le pus et l'absorbent; 2° elles tiennent les plaies chaudes, sèches et inodores; 3° elles préviennent la résorption purulente; 4° elles arrêtent la résorption purulente à son début; 5° elles simplifient les pansements en supprimant la charpie et le linge fenêtré.

Les combinaisons des corps résineux avec les corps gras, sous forme emplastique, jouissent des propriétés suivantes : 1° elles préviennent et elles arrêtent les fluxions séro-sanguinolentes; 2° les fluxions sanguines; 3° les fluxions purulentes; 4° les fluxions septico-infectieuses.

Voici les formules des onguents résineux que M. Achard a le plus souvent mis en usage, et que l'on pourra modifier d'ailleurs suivant les indications fournies par l'état des plaies, ces formules n'ayant rien d'absolu.

Pour une plaie simple, mais de couleur grisâtre, fournissant une suppuration de mauvaise nature, et ne marchant que très-lentement vers la cicatrisation :

Pr. Poix de Bourgogne. 125 gramm.
Axonge. . . . . . . 64 gramm.

Faites fondre à un feu doux, et lorsque la fusion est complète, ajoutez :

Camphre pulvérisé. . 1 gramm.

Par cette formule on obtient un onguent un peu chaud qui attire le pus et l'absorbe.

Dès que la plaie a repris une teinte rose de belle couleur, on peut supprimer le camphre et faire un onguent résineux simple de la forme suivante :

Pr. Poix de Bourgogne.. 150 gramm.
Axonge. . . . . . . 50 gramm.

Faites fondre à un feu doux.

S'il est nécessaire, dans le traitement de la même plaie, d'activer la suppuration, on peut mettre 1 partie d'axonge sur 4 de poix blanche, et même sur 5 de ce corps résineux, et arriver à obtenir des onguents très-attractifs, mais qu'il faut employer chauds, parce qu'ils durcissent dès qu'ils sont froids.

La puissance attractive résidant dans le corps résineux, on devra augmenter ou diminuer la proportion de ce corps suivant qu'il sera nécessaire de faire suppurer plus ou moins la plaie. (*Gaz. méd.*, décembre 1856.)

Teignes. *Traitement de l'herpès tonsurant du cuir chevelu.* Nous avons publié, dans ces dernières années, le rapport adressé au directeur de l'assistance publique sur le traitement des teignes à l'hôpital Saint-Louis, par M. Bazin (tome XLVII, p. 303); nous venons aujourd'hui compléter cette communication, en empruntant à la thèse d'un de ses élèves, M. Cramoisy, la formule du traitement mis en œuvre par ce médecin.

Ce traitement est exclusivement externe. Il consiste : 1° dans l'avulsion plus ou moins répétée des poils sur les parties malades; 2° dans l'application des agents parasiticides en lotions, en onctions et en bains.

L'avulsion des cheveux et des poils se fait à l'aide de pinces épilatoires convenables. Ils sont arrachés, non-seulement sur toutes les surfaces rouges et antécédemment couvertes de croûtes, mais encore sur les parties environnantes, dans un rayon qui doit varier suivant leur degré d'adhérence. Quand le cuir chevelu est sensible, et qu'en raison du nombre multiplié de points malades, il faut étendre l'épilation à toute la tête, on frictionne d'abord le cuir chevelu pendant quatre ou cinq jours avec l'huile de cade, qui facilite la chute des croûtes en même temps qu'elle éteint la sensibilité cutanée;

on interrompt de temps à autre l'épilation, dès qu'une surface de 1 centim. est dégarnie de cheveux, pour la lotionner avec l'eau de sublimé. Dans l'intervalle d'une épilation à l'autre, on fait, sur les parties dégarnies et sur toute la tête, une onction légère avec la pommade au turbith minéral.

Dans les affections récentes et peu étendues du cuir chevelu, il suffit souvent d'une seule épilation. Dans le plus grand nombre de cas, on doit en pratiquer une seconde au bout de quinze jours ou trois semaines, de la même manière et avec les mêmes précautions que la première fois. Après les épilations, on lotionne tous les deux ou trois jours la tête avec la solution de sublimé; on fait, de plus, tous les soirs, une onction avec la pommade au turbith minéral.

On est obligée, quand l'affection est très-invétérée, de répéter souvent l'épilation jusqu'à ce que toutes les racines des poils aient pu être extirpées. Avec des pinces à mors recourbés, on gratte, on ratisse les surfaces malades, et l'on enlève ainsi toute la substance cryptogamique. On cesse l'épilation quand la couleur bleuâtre a disparu, quand les poils repoussés ont repris leurs caractères normaux, et quand le cuir chevelu n'offre plus de rougeur ni de desquamation.

Voici les formules de la pommade et de la lotion parasitielde :

Pommade parasiticide.

Turbith minéral. . . . 50 centigr.
Axonge récente. . . . 30 gramm.

F. s. a.

Lotion parasiticide.

Sublimé corrosif . . . 50 centigr.
Eau distillée. . . . 500 gramm.

F. s. a.

M. Bazin recommande encore quelques soins préliminaires qui abrégent beaucoup le traitement. Ils consistent :

1° A faire couper les cheveux ou les poils à 1 ou 2 centim. de la peau; 2° à débarrasser la partie malade des croûtes qui y adhèrent; 3° à nettoyer cette dernière avec l'eau de savon, ou mieux, faire prendre un bain savonneux; 4° à faire suivre, enfin, l'épilation des lotions et des pommades parasiticides. (*Thèses de Paris* 1856.)

Viande *préparée à froid* (*Valeur nutritive de la*). On sait le parti que quelques praticiens, en France, M. Trousseau notamment, mais surtout les praticiens allemands, tirent de l'usage de la viande crue comme agent thérapeutique nutritif chez les enfants aussi bien que chez les adultes dont les forces digestives ont besoin d'être soutenues. Les résultats thérapeutiques avantageux qui ont été obtenus dans ce cas ont naturellement dû porter les expérimentateurs à rechercher quelle est la valeur nutritive de l'extrait de viande préparé à froid. On ne lira pas sans intérêt les résultats suivants, qui n'intéressent pas moins la médecine pratique elle-même que l'hygiène, à cause du parti qu'on en peut tirer pour la diététique.

M. le docteur Hanlo, dans le but d'établir la valeur nutritive de l'extrait de viande préparé à froid, comparativement à celle du bouillon et de la viande rôtie, s'est soumis pendant dix-sept jours à l'usage exclusif de l'extrait de viande préparé selon la méthode de Liebig. Pendant ce temps, l'urine de l'expérimentateur contenait tous les jours 24 grammes d'urée et 11 grammes de matières salines. Puis pendant onze jours, il expérimenta le bouillon ; sous l'influence de ce nouveau régime, il ne rendit plus que 20 grammes 58 centigrammes d'urée et 10 grammes 11 centigrammes de sels. En ne prenant que de la viande rôtie pendant cinq jours, il élimina 22,42 d'urée et 10,31 de sels. Enfin il se nourrit pendant trois jours avec la décoction blanche, qui ne contient que du pain et du sucre mêlés à la corne de cerf, et aussitôt l'urée tomba à 18,59, tandis que le chiffre des combinaisons salines tomba à 14,55.

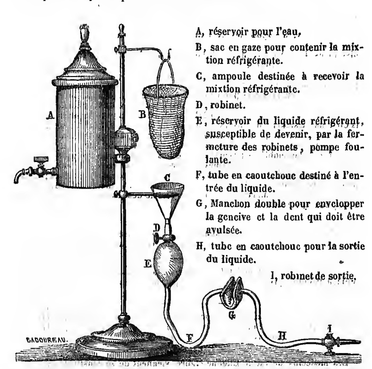
D'où l'on peut conclure que par l'usage de l'extrait de viande préparé à froid, on absorbe plus de matière nutritive que par le bouillon ordinaire, et au moins autant que par une quantité de viande rôtie équivalente ou poids de celle qui a fourni l'extrait. L'analyse chimique démontre, en effet, que cette préparation contient une grande quantité d'albumine, que la décoction prolongée fait coaguler dans le bouillon. Quant aux autres substances, telles que la créatine, l'acide inosique, l'acide lactique et les matières inorganiques, elles existent à peu près en même quantité dans les deux espèces. Reste à savoir si le goût satisfera les malades ou les convalescents autant que le bouillon classique? C'est une question qui n'est pas à dédaigner. (*Nederl. Weeckbl* et *Gaz. hebd.* décembre 1856.)

VARIÉTÉS.

ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

Appareil destiné à produire l'anesthésie locale avant l'extraction des dents malades.

Il n'est pas de conquête de l'ordre médical dont la vulgarisation ait été aussi rapide que l'emploi des anesthésiques et qui se soit enracinée plus profondément dans la pratique courante. L'enseignement est si bien fait à cet égard que, malgré les dangers dont l'expérience est venu démontrer la réalité, et cela par de trop fréquents exemples de mort, les malades n'en continuent pas moins à vouloir jouir des bénéfices de l'insensibilité, malgré les onéreuses conditions qui y sont attachées. *Succès oblige*, dit un proverbe; il importait donc à la science, en présence du fait, d'arriver au même résultat sans faire courir aux opérés les mêmes dangers. Le problème a été en partie rempli par l'anesthésie locale; ainsi aujourd'hui, toutes les fois que le volume des parties sur lesquelles doit porter le fer du chirurgien est d'un petit volume, on y éteint la sensibilité en l'entourant d'un mélange réfrigérant, et les opérations sont accomplies sans que les patients en aient la conscience.



A, réservoir pour l'eau.

B, sac en gaze pour contenir la mixtion réfrigérante.

C, ampoule destinée à recevoir la mixtion réfrigérante.

D, robinet.

E, réservoir du liquide réfrigérant, susceptible de devenir, par la fermeture des robinets, pompe foulante.

F, tube en caoutchouc destiné à l'entrée du liquide.

G, Manchon double pour envelopper la gencive et la dent qui doit être avulsée.

H, tube en caoutchouc pour la sortie du liquide.

I, robinet de sortie.

Restait à introduire cette pratique de l'anesthésie locale dans la chirurgie dentaire; car celle-ci a fourni des chiffres importants au nécrologue à la charge des inhalations de l'éther et du chloroforme; ce *desideratum* est aujourd'hui comblé. Un habile dentiste de Paris, M. George, vient d'adresser à

l'Académie des sciences un mémoire sur ce point spécial de la question des anesthésiques ; nous nous bornerons à emprunter à ce travail la description de l'appareil destiné à satisfaire aux conditions particulières à l'avulsion des dents malades. Pour la valeur de la méthode en elle-même, nous avons eu l'occasion de fournir des preuves trop fréquentes des effets anesthésiques du froid, pour que la conviction des praticiens ne soit pas entière.

Cet appareil se compose : 1° d'un double manchon en caoutchouc, lequel enveloppe la dent ; il est fixé sur la gencive à l'aide d'un ressort indépendant ; 2° de deux tubes, également en caoutchouc, dont l'un, servant à faire arriver le liquide réfrigérant dans le manchon, est muni à son extrémité d'une poche faisant office de réservoir et susceptible, lors de la fermeture des deux robinets, de devenir pompe foulante et de forcer le liquide à remplir toute la cavité du manchon ; l'autre sert à donner issue au liquide, aussitôt qu'il commence à s'échauffer par son séjour dans la cavité buccale.

Le temps nécessaire pour obtenir l'engourdissement de la dent varie entre trois et cinq minutes. Le mélange dont M. George se sert est composé de glace et de sel par parties égales. Toutefois, il est utile de faire remarquer que, pour éviter au malade toute sensation désagréable de froid, il faut faire passer dans l'instrument, au commencement de l'opération, un courant d'eau tiède, que l'on refroidit graduellement.

L'association de prévoyance des médecins du département de la Seine a tenu sa séance annuelle le 25 janvier, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, sous la présidence de M. Paul Dubois. Le secrétaire général, M. Cabanellas, a exposé les résultats obtenus pendant l'année par l'Association, quant aux membres nouveaux, aux dons reçus, et aux secours distribués. Les résultats prouvent que l'Association est toujours en voie de progrès. M. Perdrix, secrétaire général honoraire, a donné ensuite lecture de l'éloge du fondateur de l'œuvre, et il a associé à cet éloge le nom de plusieurs personnes qui, à des titres divers, ont rendu service à l'Association, et à qui l'Association a eu la bonne pensée de décerner, en témoignage de reconnaissance : à M. Paillard de Villeneuve, conseil judiciaire de l'Association depuis la fondation, une médaille d'or ; à MM. Béchard, avocat de l'Association près la Cour de cassation ; de Gisors, architecte du palais du Luxembourg, auteur du tombeau d'Orfila ; Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union médicale*, pour ses efforts à donner de l'extension à l'Association, etc., etc., des médailles de bronze. L'assemblée a procédé ensuite à la réélection des membres du bureau pour l'année 1857. Les mêmes membres ayant été réélus, le bureau reste composé de MM. P. Dubois, *président* ; Adelon et Bérard, *vice-présidents* ; Cabanellas, *secrétaire général* ; Meuière, *secrétaire* des séances ; Vosseur, *trésorier*. L'espace nous manque pour rendre compte des actes de l'Association en 1856, nous y reviendrons.

M. le professeur Teissier a donné sa démission de médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et a été nommé médecin honoraire. M. Garin succède à M. Teissier.

Le concours pour le majorat de l'hôpital de la Charité, de Lyon, s'est terminé, après des épreuves fort brillantes, par la nomination de M. le docteur Berne.

Par arrêté ministériel, sont nommés chefs de clinique de la Faculté de Paris, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Trousseau), M. le docteur Blondeau ; à la clinique d'accouchements (service de M. P. Dubois), M. le docteur Am. Charrier.

Les médecins de Saint-Etienne (Loire) viennent de se constituer en société de médecine. Voici la liste des membres qui composent son premier bureau : MM. Escoffier, *président* ; Vial, *vice-président* ; Maurice, *secrétaire* ; Garapon, *vice-secrétaire* ; Besson, *trésorier*.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Guérisons d'albuminuries et autres hydropisies par des remèdes divers.

Par M. le professeur Forget, de Strasbourg.

J'ai trop vu de remèdes spécifiques pour y croire.

Les hydropisies sont des maladies qui se présentent si fréquemment dans la pratique, elles sont le symptôme et l'aboutissant de tant d'affections diverses, qu'elles offrent au praticien un sujet d'observations pour ainsi dire inépuisable.

Un fait qui doit frapper tout observateur réfléchi, c'est que les hydropisies guérissent par des moyens très-variés, quelle que soit, du reste, leur cause déterminante : obstacles à la circulation, maladies des reins, cachexies diverses, etc.; c'est la nécessité, dans la plupart des cas, de varier les médications, non-seulement selon la nature de la cause et la physionomie du cas particulier, mais encore selon certaines particularités individuelles occultes, inappréciables *à priori*, dont la nature échappe à nos procédés d'investigation; bref, selon l'*idiosyncrasie* ou la *diathèse*, termes mystérieux sous lesquels nous dissimulons notre ignorance. De là l'incertitude des résultats futurs et la nécessité de tâtonner à l'égard de chaque nouveau fait qui vient s'offrir à l'observation.

J'ai formulé et développé cette remarque dans plusieurs publications, et notamment dans un travail intitulé : *De la Stabilité des principes thérapeutiques*, *spécialement dans la cure des hydropisies* (*Bulletin de Thérapeutique*, tome XXX, page 10, 1846), où je fais ressortir l'incertitude et le règne éphémère d'un grand nombre de médicaments et de médications réputés tour à tour comme spécifiques; procédés qui tous rappellent l'anecdote racontée par Sydenham qui, sur un fait heureux, crut avoir trouvé le remède absolu de l'ascite dans le sirop de nerprun; illusion que l'expérience ne tarda pas à dissiper. Il n'est pas un praticien, je le répète, qui ne sache qu'en fait d'hydropisies, tous ces remèdes si vantés réussissent quelquefois, mais que tous échouent le plus souvent. Ce qui n'empêche pas que tous les jours, soit par légèreté, soit par calcul, nous retombons dans le même piége; tant il est vrai de dire que notre expérience est perdue, non-seulement pour nos successeurs, mais encore pour nous-mêmes.

Il arrive même que l'esprit de merveillosité venant en aide, les copistes vont plus loin que les inventeurs et prêtent à ceux-ci des

ntentions, des idées exclusives qu'ils n'ont pas eues. Nous en avons un exemple flagrant et tout nouveau dans le fait que voici : M. Schutzenberger a publié dans la *Gazette hebdomadaire* du 2 mai 1856 une observation de guérison d'albuminerie par les purgatifs répétés. Ce professeur dit expressément qu'il a pris l'*eau laxative de Vienne*, qui fait partie du Formulaire des hôpitaux civils de Strasbourg, comme il aurait pris tout autre laxatif, *sans lui attribuer aucune vertu spécifique*. Eh bien ! tous les journaux ont à l'envi reproduit le fait, en ajoutant que l'*auteur attribue beaucoup d'efficacité à l'eau laxative de Vienne dans l'albuminurie*, et reproduisent la formule de ce purgatif, vulgaire en Allemagne et en Alsace (1), avec le soin tout particulier que réclame un remède spécifique nouveau... Bien que persuadé de l'inutilité de mes efforts pour remédier à cette déplorable infirmité de notre époque, la manie des spécifiques, j'apporte ici mon contingent d'expérience personnelle, dans le but de prémunir les praticiens sensés contre de fâcheuses hallucinations. Mais au lieu de procéder par la confirmation de la règle, en étalant le nombre infini de mes insuccès par toutes les méthodes, je produirai les rares exemples de guérison que m'ont fournis des médications très-variées. Ainsi mettrai-je les praticiens en position d'obtenir les mêmes avantages, tout en les prémunissant contre l'incertitude des résultats.

Et d'abord, je préviens que j'envisagerai l'hydropisie en elle-même, indépendamment de ses causes, 1° parce qu'il coule de source que l'hydropisie doit être traitée dans ses causes autant que possible, c'est-à-dire lorsque ces causes sont connues et susceptibles de guérison, principe qui ne peut trouver d'opposition que chez les empiriques endurcis ; 2° parce que les faits que nous allons rapporter appartiennent précisément à ceux où les causes sont inconnues ou inexpugnables ; 3° parce que, lorsqu'on produit des remèdes contre l'hydropisie, on a généralement en vue l'hydropisie elle-même ; autrement le remède s'adresse à la cause et non à l'hydropisie. Néanmoins, nous nous réservons de tenir compte de la cause, alors que la nécessité s'en présentera.

Commençons par le genre d'hydropisie qui, dans ce moment, occupe le plus les esprits, celle avec urines albumineuses (*maladie de Bright*). Après avoir fait longtemps la guerre à la *néphrite albumineuse* de M. Rayer, qui ne cadrait pas avec la tendance humorale de notre époque, on en revient pourtant, sinon à la néphrite, au moins à la *congestion initiale et primitive* des reins. C'est ce qui

(1) La manne et le séné font la base de ce purgatif, qui ressemble beaucoup à la *médecine noire* de nos ancêtres.

résulte des intéressantes observations de MM. Becquerel et Vernois, qui pensent avoir démontré que la lésion idiopathique des reins est le point de départ de la maladie. Cela résulterait aussi d'une thèse *sur la présence de l'urée dans le sang*, présentée à la Faculté de Strasbourg le 18 août 1856, par M. Picard, qui croit démontrer que le départ en sens inverse de l'urée et de l'albumine s'effectue primitivement dans les reins. Quoi qu'il en soit, on a espéré et l'on a pu guérir des albuminuries par des moyens locaux dirigés sur les reins (saignées, vésicatoires); mais il arrive le plus souvent que les malades entrent dans les hôpitaux alors que la lésion rénale est invétérée et inattaquable au moins par les agents directs. Force est donc de recourir à d'autres procédés; mais après avoir conçu pendant longtemps l'espérance de trouver des remèdes spéciaux pour ce genre d'hydropisie, nous nous voyons réduits à la combattre par des moyens usités contre toutes les hydropisies; témoin les faits suivants :

Obs. I. *Anasarque avec albuminurie et accidents digestifs.* — *Succès des* antiphlogistiques. — *Rechute.* — *Succès des* diurétiques.—Un homme de vingt ans, de moyenne constitution, maçon, entré à la clinique le 11 octobre 1843. Il raconte qu'il y a quinze jours, il fut pris de diarrhée, puis de fièvre intermittente qui a cédé à l'emploi de quelques pilules. Les membres inférieurs se sont infiltrés ensuite, et la diarrhée est revenue, sans fièvre ni douleur. Nous constatons ces phénomènes, ainsi que l'absence de maladie du cœur, de la rate et du foie; mais les urines précipitent abondamment par l'acide nitrique. (Eau de riz opiacée.)

La diarrhée cesse, et nous prescrivons le nitrate de potasse, puis la limonade d'acide nitrique. Néanmoins, l'œdème fait de rapides progrès; il s'étend aux cuisses et au scrotum, bref, à tout le corps.

Le 16 (cinquième jour), de violentes coliques avec vomissements bilieux se déclarent. (15 sangsues sur l'abdomen, cataplasmes laudanisés, tisane et lavements émollients.)

Le 17, les vomissements ont cessé, mais la diarrhée persiste et l'abdomen est très-douloureux. L'anasarque est toujours générale (20 sangsues abdom., lavements laudanisés). Les accidents abdominaux se calment.

Le 21, la colique et la diarrhée ont reparu. (16 ventouses scarifiées sur l'abdomen, émollients.)

Le 23, la diarrhée a cessé de nouveau; l'œdème paraît diminuer. (Chiendent nitré. —Potages.)

Le 25, l'œdème diminue toujours. (Prenez extrait de scille,

1 gramme; poudre de digitale, 25 centigrammes, pour 10 pilules à prendre deux matin et soir.)

Vers les premiers jour de novembre, l'infiltration est complétement dissipée, mais les urines restent légèrement albumineuses. Il sort dans cet état le 21.

Il revient à l'hôpital le 1er décembre (neuf jours après sa sortie). L'infiltration a reparu aux jambes; les urines précipitent très-légèrement par l'acide nitrique (pilules de scille et de digitale, *ut suprà*, chiendent nitré); l'œdème se dissipe de nouveau.

Le 17 décembre, l'œdème n'existe plus. (Pilules; limonade nitrique.)

Nous ne nous occupons plus du malade, qui reste à l'hôpital pour réparer ses forces. Lorsqu'il sort le 1er février, *les urines ne précipitent plus ni par l'acide nitrique, ni par la chaleur.*

Il y a eu deux périodes dans cette maladie, l'une avec accidents digestifs, ayant nécessité les saignées locales répétées, à la suite desquelles l'œdème a diminué : les diurétiques ont achevé la guérison, sauf un reste d'albuminurie; l'autre, d'œdème récidivé traité par les diurétiques et la limonade nitrique pendant l'emploi desquels l'œdème et le reste de l'albuminurie se sont dissipés. Les antiphlogistiques dans la première période, les diurétiques dans la seconde ont eu leur part dans la guérison.

Obs. II. *Anasarque avec urines albumineuses. — Guérison complète par les* BAINS DE VAPEUR. — Un jeune homme de vingt ans, de constitution forte, quoique lymphatique, garçon meunier, raconte qu'après quelques jours d'abattement et de lassitude dans les membres, il fut pris, il y a quinze jours, de frisson suivi de chaleur et de sueur. Ces symptômes se sont reproduits irrégulièrement pendant quelques jours, sous forme d'accès; puis survint de l'œdème aux jambes, aux cuisses, à l'abdomen et à la face. Il entre à la Clinique le 29 août 1836.

Etat actuel : face pâle, bouffie; abdomen peu tuméfié, pâleur, sans fluctuation manifeste, indolore à la pression. Le foie et la rate ne peuvent être palpés; œdème prononcé des quatre extrémités. Tube digestif normal; urines peu abondantes, limpides; pouls subfréquent, un peu élevé; les battements du cœur, réguliers, semblent un peu râpeux au premier bruit; point de palpitations; rien du côté des poumons et de l'encéphale. (Saignée de 9 onces, chiendent nitré, 1 grain de poudre de digitale.)

Le 30, même état. (Fraisier nitré, 2 grains de poudre de digi-

tale ; frictions de teinture de scille et de digitale sur les membres et l'abdomen.)

Le 31, l'œdème paraît diminué ; le malade se lève. (*Idem.*)

Le 1er septembre, préoccupé de l'impulsion du cœur, je prescris 12 ventouses scarifiés à la région précordiale.

Les 2 et 3, point d'amélioration : œdème persistant. Les urines examinées précipitent abondamment par l'acide nitrique et la chaleur. Nous diagnostiquons alors : *maladie de Bright.* Cependant le malade assure n'avoir jamais souffert dans la région lombaire ; l'affection paraissant récente et avec réaction, nous prescrivons : Saignée de 12 onces ; diurétiques, *ut suprà.*

Le 4, même état. (12 ventouses scarifiées aux lombes.)

Le 5, même état. (20 ventouses, bain de vapeur, tisane de raifort sauvage, régime lacté.)

Les 6 et 7, même état. (Bain de vapeur, 24 ventouses scarifiées aux lombes, tisane de raifort, frictions de scille et digitale, 1 grain d'opium depuis plusieurs jours.)

Le 8, l'œdème persiste. (Vésicatoire aux lombes.)

Les jours suivants, même état, même traitement. (Bain de vapeur tous les deux jours ; diurétiques.)

Le 17, l'œdème est sensiblement diminué. Le malade a pris six bains de vapeur. Il leur attribue son soulagement.

Le 22. *Cet énorme œdème général est dissipé.* Le malade se trouve plus faible qu'avant la maladie. On a continué les bains de vapeur, les diurétiques et le régime lacté.

Le 24, il veut sortir. *Les urines n'offrent plus le moindre précipité par l'acide nitrique.*

Voilà ce que l'on appelle une guérison complète, c'est-à-dire que l'œdème et l'albuminerie ont entièrement disparu. Rien de plus facile que de guérir l'hydropisie, rien de plus difficile que de guérir l'albuminurie. Des traitements variés et énergiques ont été mis en usage : saignées générales et locales répétées, diurétiques internes et externes, etc.; mais l'amélioration paraît manifestement avoir été déterminée par les *bains de vapeur,* dont une dizaine a suffi pour enlever l'œdème et l'albuminurie ; et pourtant, nous avons employé bien des fois le même moyen, sans jamais aboutir au même résultat. Le fait suivant est un exemple de succès obtenu par un moyen tout différent, lequel, lui aussi, nous a fait concevoir des espérances qui ne se sont pas soutenues.

Obs. III. *Anasarque avec albuminurie guérie rapidement par l'*ACIDE NITRIQUE. — Un homme de trente-quatre ans, de belle con-

stitution, forgeron, entre à la Clinique, le 30 novembre 1846. Il raconte que, travaillant dans un atelier très-humide, il s'aperçut, il y a deux mois, que, sans cause connue, ses jambes enflaient pendant la journée, l'enflure disparaissant pendant la nuit. Cependant il continuait de travailler, lorsqu'il y a quinze jours, il fut pris d'un rhume violent; alors l'œdème envahit les cuisses, l'abdomen et la face.

Etat actuel : jambes et cuisses fortement œdématiées, abdomen tuméfié, scrotum infiltré; membres supérieurs empâtés, face bouffie; appétit conservé; diarrhée depuis quelques jours; toux modérée, crachats muqueux; rien de particulier à l'auscultation des poumons et du cœur. Point de fièvre. Urines peu abondantes, pâles, louches, à bulles persistantes, précipitant très-abondamment en flocons blancs par l'acide nitrique.

Le 31, nous prescrivons : acide nitrique 2 grammes, dans un litre d'eau édulcorée; le quart d'aliments, demie de vin.

Les jours suivants, un peu d'oppression. Epistaxis le 3 décembre.

Le 5 (cinquième jour), l'anasarque est sensiblement diminuée; les membres inférieurs donnent 2 centimètres de moins à la mensuration circulaire. Les urines paraissent contenir un peu moins d'albumine. Soif. (4 grammes d'acide nitrique, étendus dans deux litres d'eau.)

Les jours suivants, l'œdème et l'albuminurie continuent à s'amender; le malade urine abondamment. Peu de toux, point de diarrhée. (Même traitement.)

Le 15 (quinzième jour du traitement), l'anasarque est complétement dissipée; les urines ne fournissent plus qu'un léger nuage blanchâtre par l'acide nitrique et passent promptement à la teinte rosée. (Même traitement; trois quarts d'aliments.)

Nous continuons l'acide nitrique (4 grammes dans un litre de véhicule) jusqu'au 22 décembre, époque où le malade est parfaitement guéri, n'offrant plus trace d'albumine dans ses urines, qui sont limpides et citrines, comme à l'état normal.

Nous gardons le malade en observation jusqu'au 4 janvier 1847, jour où il veut sortir, après treize jours de suspension du remède, les urines restant à l'état normal.

Voici, je crois, un des résultats les plus beaux et les plus nets qu'il soit possible de rencontrer : un anasarque avec albuminerie, datant de deux mois, s'amende à partir du moment où l'on administre l'acide nitrique. Le quinzième jour du traitement, plus de vestige d'œdème; le vingt-deuxième jour les urines cessent complétement d'être

albumineuses. J'avoue que malgré mon expérience, déjà vieille alors, et séduit par les merveilles qu'on racontait de l'acide nitrique, j'en conçus quelque espoir de succès ultérieur [1]: Hélas! celui-ci fut le premier et le dernier; et, depuis lors, l'acide nitrique m'a toujours fait faux bond; au moins comme remède radical de l'albuminurie.

Le fait suivant est un des plus imprévus qu'il soit possible d'imaginer.

OBS. IV. *Anasarque avec albuminurie; — médications diverses; — mort imminente; — guérison inespérée par l'*ACÉTATE DE POTASSE. — Un homme de trente ans, facultique et gibbeux au plus haut degré, tailleur, entre à la Clinique en juillet 1852. L'infiltration a commencé il y a un mois; actuellement il est fortement infiltré de la tête aux pieds. La respiration est courte et sibilante. Rien du côté du cœur ni du tube digestif. Les urines, pâles, précipitent abondamment par l'acide nitrique.

Pendant plus d'un mois nous mettons successivement en usage les médications les plus variées et les plus énergiques : nitrate de potasse à haute dose, digitale, scille, acide nitrique, bains de vapeur, purgatifs, vésicatoires, etc. L'affection va en s'aggravant insensiblement. L'œdème est énorme, la dyspnée intense; la cyanose se produit; le pouls est petit, filiforme; les extrémités sont froides. Nous nous attendons chaque jour à voir expirer le malade.

Un jour, comme par hasard et pour faire quelque chose, nous prescrivons une tisane de chiendent avec acétate de potasse (4 grammes); la diurèse survient, le malade est soulagé. Nous portons graduellement l'acétate de potasse à 15 et 20 grammes; le mieux se confirme, et, dans l'espace de huit à dix jours, la cyanose, l'orthopnée, l'œdème, sont presque entièrement dissipés. Le malade est comme ressuscité.

Ce n'est pas tout : les urines deviennent graduellement moins albumineuses; si bien qu'après un mois environ de l'usage de l'acétate de potasse, le malade est complétement débarrassé de son œdème et de son albuminurie. Nous l'avons gardé longtemps en observation, sans qu'aucun accident se soit reproduit; et depuis sa sortie, nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

Il est juste de dire que peut-être nous avons agi par réminiscence d'un cas d'ascite que je rapporterai plus loin. Toujours est-il que, depuis lors, jamais l'acétate de potasse ne nous a rendu semblable service.

(1) De l'Albuminurie et de son traitement par l'acide nitrique (*Bulletin de Thérapeutique*, 1847).

J'use fréquemment des purgatifs dans le traitement des hydropisies, car je partage l'opinion de ceux qui pensent que, dans ce genre de maladie, les purgatifs réussissent mieux que les diurétiques et les sudorifiques, en dépit des idées courantes [1]; mais je n'avais jamais institué de traitement exclusif par les purgatifs. J'avais lieu d'en craindre les effets, spécialement dans l'albuminurie, où l'on sait que le tube digestif se prend facilement. Néanmoins, encouragé par l'exemple de quelques praticiens et notamment de MM. Schutzenberger et Landouzy, qui dernièrement ont préconisé cette médication, je l'ai mise en usage dans le cas suivant, avec un succès *presque* complet.

Obs. V. *Anasarque avec albuminurie;* — PURGATIFS RÉPÉTÉS; — *disparition de l'œdème, diminution notable de l'albuminurie.* (Empruntée à la thèse de M. Picard.) — Annette Himbert, couturière, âgée de trente-deux ans, bonne constitution, tempérament bilioso-sanguin, entre à l'hôpital le 4 juin 1856 (clinique de M. Forget). Réglée à quinze ans; depuis huit jours, léger œdème des extrémités inférieures et supérieures; palpitations.

Etat actuel : bouffissure de la face; œdème des extrémités; urines fortement albumineuses. Rien à l'exploration des autres organes.

Traitement : ventouses scarifiées sur la région lombaire et eau laxative de Vienne (120 grammes) tous les deux jours.

Analyse de 128 grammes de *sang* (ventouses) : 0,031 d'urée = 0,0242 pour 100.

Urines de vingt-quatre heures, acides, rendues troubles par du mucus : 2,380 cc.; albumine, 3 gr. 61; urée, 32 grammes. (Ici l'urée est en quantité normale dans les urines, qui cependant sont fortement albumineuses.)

Urines de vingt-quatre heures, recueillies pendant l'administration d'un purgatif : 2,500 cc. acides; albumine, 0,742; urée, 35 gr. (L'albumine seule a diminué, tandis que l'urée conserve son chiffre normal.)

L'amélioration continue sous l'influence du même traitement. L'œdème disparaît complétement, mais se reproduit pendant quelque temps le soir, autour des malléoles. Les urines sont encore légèrement albumineuses. Nous espérions la guérison complète, lorsque la malade a voulu sortir. Elle a pris environ une douzaine de purgatifs, de deux jours l'un, sauf quelques intermittences néces-

---

[1] Les *hydragogues* des anciens sont presque tous des drastiques, et c'est par ce genre de remèdes que certains charlatans ont obtenu des succès inespérés; témoin le remède de Leroy.

sitées par la prolongation de la diarrhée; et vers la fin, alors que l'albumine était réduite à quelques traces, deux ou trois bains de vapeur pour dissiper les derniers vestiges de l'œdème. Elle prenait une tisane légèrement nitrée, le quart d'aliments et la demie de vin.

L'effet favorable des purgatifs est évident. Il est surtout mis en relief par l'analyse des urines rendues le jour même d'une purgation, et qui contiennent bien moins d'albumine que celles des autres jours. Ce fait est encourageant, sans être complet, car la malade est sortie prématurément. Ce sont des expériences à suivre.

(*La fin à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'emploi de la saignée des veines ranines dans le traitement des maladies du pharynx, du larynx, etc., et du meilleur procédé à suivre dans cette petite opération.

Par le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Renouer la chaîne brisée de la tradition en tirant de l'oubli les bonnes, les excellentes pratiques que nous devons aux anciens ou en leur restituant la gloire de celles dont on a voulu les dépouiller, telle est la tâche à laquelle le *Bulletin de Thérapeutique* s'est consacré depuis nombre d'années et à laquelle je suis heureux de coopérer aujourd'hui, en ce qui touche l'emploi de la saignée des veines ranines dans le traitement de plusieurs maladies des voies digestives et respiratoires supérieures. Etrange destinée que celle de cette saignée des ranines, qui, après avoir joui d'une si grande faveur, après avoir compté parmi ses partisans les plus grands médecins de l'antiquité, Hippocrate, Celse, Galien, Antyllus, Cœlius Aurelianus, Alexandre de Tralles, etc., ne figure plus que pour mémoire dans les manuels de médecine opératoire de nos jours ! J'espère pour les malades et pour les médecins que l'espèce de proscription qui pèse sur cette saignée n'est pas irrévocable, et l'intéressant mémoire de M. Mestivier, que le *Bulletin* a publié dans ses deux derniers numéros, ne sera pas sans quelque influence sur la justice qui lui sera tôt ou tard rendue. Mais, d'accord avec M. Mestivier sur le but que nous poursuivons tous deux, la réhabilitation de cette saignée, désireux comme lui de la voir entrer dans la pratique à titre d'opération vulgaire et banale, je crains que les restrictions apportées par ce médecin à l'emploi de cette saignée n'aient pour résultat d'en réduire outre me-

sure les applications où d'en subordonner l'emploi à un moyen plus actif, auquel on pourrait faire honneur du bon résultat; j'ai peur surtout que le procédé opératoire défectueux donné par M. Mestivier ne compromette le sort de cette saignée, en lui enlevant le caractère déplétif qui la rapprochait de toutes les autres émissions sanguines et qui en assure le succès dans le plus grand nombre des cas. Permettez-moi donc de revenir, avec une expérience qui date déjà de quatre années, sur les deux points principaux relatifs à cette saignée, les indications de son emploi et le meilleur procédé à suivre pour la pratiquer.

A l'exemple des anciens, M. Mestivier n'a parlé de la saignée des veines de la langue que dans les maladies du pharynx. Une expérimentation plus large me permet d'étendre aux maladies du larynx et de la bouche les indications de son emploi : angines inflammatoires de toute espèce, laryngites aiguës, stomatites et glossites aiguës, bref toutes les maladies aiguës inflammatoires des voies digestives et respiratoires supérieures sont remarquablement modifiées par cette saignée. Le soulagement qui en résulte dans la stomatite, la glossite, la laryngite, est des plus remarquables; j'ai même eu, dans ces derniers temps, l'occasion d'en faire usage avec succès chez une jeune femme affectée de syphilis constitutionnelle, dont le larynx s'était pris avec une intensité qui me donnait de vives inquiétudes; au soulagement immédiat qui en a été la conséquence a succédé, dans les vingt-quatre heures, une guérison complète. Mais c'est bien certainement dans l'angine inflammatoire, quel que soit son siége, amygdales, voile du palais, pharynx, que triomphe la saignée des veines ranines.

Il n'y a aucune exagération dans ce qu'a dit M. Mestivier : le soulagement est le plus souvent *immédiat*. J'ai vu des malades en proie à des angines des plus intenses, n'avalant pas du tout ou avec la plus grande difficulté et au milieu de douleurs très-vives, déclarer, après avoir perdu quelques onces de sang, que la déglutition était incomparablement plus facile et qu'ils étaient sensiblement soulagés. D'autres se croyaient guéris, et ce qui m'a toujours frappé, c'est que ce soulagement si marqué, cette guérison presque instantanée n'étaient pas accompagnés d'un changement bien notable dans le gonflement et la rougeur des parties malades. Ce qui m'a frappé encore plus, et ce qui témoigne de la supériorité de cette saignée sur les autres émissions sanguines dans le traitement de l'angine, c'est que j'ai vu des personnes qui avaient été saignées du bras, d'autres qui avaient eu, à une ou plusieurs reprises, des

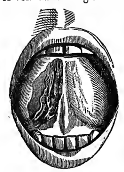
sangsues autour du cou retirer de la saignée des veines de la langue un soulagement qu'elles n'avaient jamais eu à la suite des émissions sanguines précédentes. Et ce soulagement n'est pas seulement momentané ; il est durable et augmente peu à peu, marquant presque toujours la période de décroissance de la maladie. Je me suis souvent bien trouvé de le soutenir par des gargarismes alumineux, et surtout en portant sur les parties enflammées de l'alun en poudre au moyen d'un pinceau de linge, trempé dans l'eau ; toutefois, je ne crois pas cette pratique indispensable; et la guérison n'en a pas eu moins lieu dans les cas dans lesquels je m'en suis abstenu.

Mais est-il bien prouvé, comme le prétend M. Mestivier, que cette saignée, qui a des résultats si avantageux dans certaines angines inflammatoires, et qu'il déclare lui-même utile par excellence et même d'emblée chez les femmes, chez les enfants, chez les sujets lymphatiques, non-seulement ne serait d'aucune utilité, mais serait même nuisible dans les angines inflammatoires des sujets pléthoriques ? Je cherche vainement dans mes souvenirs, je cherche vainement dans mes notes, je cherche en vain également dans le travail de notre confrère les preuves à l'appui de cette insuffisance et de cette nocuité de la saignée de la langue dans l'angine inflammatoire des sujets pléthoriques. Il est vrai que M. Mestivier lui reconnaît une action utile quand on la pratique avant, pendant et après la saignée du bras, mais alors non pas comme déplétive, mais par une action locale directe. En vérité, à qui fera-t-on croire que ce n'est pas à l'écoulement du sang qu'il faut faire honneur du soulagement, mais bien au fait de traverser une membrane muqueuse avec une lancette, à l'excitation de cette membrane là où elle recouvre des glandes, aux mouvements de la langue, à la succion, à la salivation, etc. ?

Notre confrère avait emprunté aux anciens sa théorie de la subordination de la saignée des ranines à la saignée du bras, chez les pléthoriques ; il a emprunté à M. Chaparre cette espèce de théorie mystique qui ne veut pas voir d'action spéciale dans une émission sanguine *loco dolenti*, mais qui en reconnaît une à la lame d'acier qui traverse un tissu. Mais pourquoi donc la saignée des veines ranines ne pourrait-elle pas agir comme déplétive ? Sait-on quelle est au juste la quantité de sang qui est en excès dans une amygdale enflammée, et, par conséquent, la quantité de sang qu'il faut retirer de son système circulatoire pour amener une détente et du soulagement ? Est-ce que par hasard soixante ou quatre-vingts grammes de sang ne constituent pas une quantité très-considérable de sang, relativement à l'importance et au volume même de l'organe malade ? L'expérience, ce grand

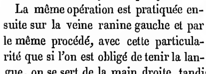
maître en toutes choses, répond d'ailleurs de la manière la plus victorieuse aux assertions de M. Mestivier. Depuis quatre années, et bien que j'aie employé assez largement cette petite opération, non-seulement je n'ai pas vu son emploi nuisible, mais je ne l'ai jamais vu échouer complétement. Et si, par exception, il s'est trouvé quelques cas dans lesquels M. Mestivier ait échoué, à qui la faute, si ce n'est au procédé opératoire défectueux employé par lui, procédé qui peut réduire à quelques gouttes la quantité de sang qui s'écoule des veines ranines ? Il me reste donc à faire connaître le procédé opératoire à l'aide duquel on peut faire une saignée des veines de la langue suffisamment déplétive.

Placées à la face inférieure de la langue, au voisinage du raphé qu'elles longent à une petite distance, sous la membrane muqueuse, à travers laquelle on les aperçoit par transparence, comme on peut le voir dans la figure ci-dessous, séparées du nerf qui les suit en dehors et de l'artère linguale qui est située à une très-grande distance, le long du bord externe de la langue, à une distance telle qu'il faudrait plus que de la maladresse pour la blesser, comme on peut le voir sur la moitié de la langue qui a été dépouillée de la muqueuse, les veines ranines semblent avoir été ainsi disposées par la nature pour qu'on puisse les ouvrir sans difficulté et sans danger. A la vérité, une très-petite artère se trouve en dehors du nerf, comme on peut le voir sur notre gravure, mais encore à une trop grande distance pour qu'on pût l'atteindre, de sorte que la gracilité de ces veines et la rapidité avec laquelle elles se vident de sang, en suivant les mouvements de la langue, sont en réalité les seuls obstacles à la pratique facile de l'opération ; mais ces obstacles ne sont pas à beaucoup près insurmontables. J'avais d'abord essayé d'ouvrir la veine *au travers*, comme Ambroise Paré et comme le propose M. Mestivier; mais si la veine n'est pas très-grosse, le sang s'arrête bientôt par la formation d'un caillot, et si la veine est très-petite, coupée en travers, ses deux bouts se rétractent légèrement et le sang ne tarde pas non plus à s'arrêter. Je songeai alors à substituer à l'incision transversale l'incision longitudinale, dans une certaine étendue, après division préalable de la membrane muqueuse, et dès lors j'obtins un écoulement de sang très-suffisant. Voici donc le procédé opératoire auquel je me suis arrêté.

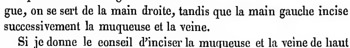


Premier temps : la langue ayant été saisie par la pointe, à l'aide des deux ou trois premiers doigts de la main gauche garnis de linge, et légèrement relevée ou mieux encore, si le malade est docile, celui-ci relevant avec force la pointe de la langue contre l'arcade dentaire supérieure et faisant saillir entre les dents la face inférieure de l'organe, ce qui facilite encore l'opération par le gonflement des veines ranines qui en est la conséquence, je divise très-doucement et à petits coups, de haut en bas, la membrane muqueuse le long de la veine, à l'aide d'une lancette bien tranchante, de manière à mettre ce vaisseau à découvert dans une étendue d'un centimètre à un centimètre et demi. La veine fait immédiatement saillie entre les lèvres de la plaie, comme on le voit dans la figure ci-contre, et il ne reste plus que le

Deuxième temps : qui consiste à diviser également de haut en bas, et en reportant la lancette vers l'angle supérieur de la plaie, la veine ranine dans l'étendue dans laquelle elle a été mise à découvert. Le sang coule immédiatement, mais en bavant et jamais par jets.



La même opération est pratiquée ensuite sur la veine ranine gauche et par le même procédé, avec cette particularité que si l'on est obligé de tenir la langue, on se sert de la main droite, tandis que la main gauche incise successivement la muqueuse et la veine.



Si je donne le conseil d'inciser la muqueuse et la veine de haut en bas et non de bas en haut, c'est que l'instrument rencontre dans ce sens une résistance qui en facilite l'action.

Les deux veines ranines ainsi ouvertes, car il y a lieu de douter qu'on obtînt assez de sang de l'incision d'une seule veine, malgré le conseil qu'en donne Antyllus (Voyez Oribase, trad. de M. Daremberg), il reste encore à assurer l'écoulement du sang par l'introduction de quelques gorgées d'eau tiède, de minute en minute, et par des mouvements imprimés à la langue. On continue ainsi pendant dix ou quinze minutes, plus ou moins, à favoriser l'écoulement du sang, suivant que l'écoulement est plus ou moins abondant, le soulagement plus ou moins rapide, et il suffit ensuite de mettre la langue au repos pour que le sang s'arrête de lui-même. Chez quelques personnes cependant, dès qu'elles parlent ou qu'elles mangent des aliments solides, le sang recommence à couler, et j'ai vu

deux malades chez lesquels le sang n'était point complétement arrêté après vingt-quatre heures. Ce qu'il y a de certain, cependant, c'est que cet écoulement sanguin est fort insignifiant et n'est pas suivi d'accidents; il y aurait cependant de l'imprudence à ne pas le surveiller chez les femmes et surtout chez les enfants. On s'en rendrait maître d'ailleurs avec une grande facilité, soit en comprimant la langue sur un morceau d'agaric, soit en portant dans la plaie un stylet rougi au feu, un crayon de nitrate d'argent ou du perchlorure de fer.

Ici s'arrête mon expérience, et je regrette de ne pouvoir rien ajouter comme infirmation ou confirmation à ce que M. Mestivier a dit des heureux résultats de la saignée des ranines dans les angines spécifiques et en particulier dans l'angine maligne. Le seul cas d'angine scarlatineuse dans lequel j'ai pratiqué cette saignée a été remarquable par le soulagement des accidents gutturaux qui en a été la suite; mais il faudrait plus d'un fait pour pouvoir recommander ce moyen dans une maladie si grave et dont le cours n'est pas toujours troublé sans danger. Quant à l'angine maligne, j'ai toujours reculé jusqu'ici devant la crainte d'augmenter par une perte de sang, si peu abondante qu'elle soit, les accidents adynamiques qui l'accompagnent; mais en présence d'accidents inflammatoires bien tranchés, je serais tout disposé à en faire usage.

En résumé, et quel que soit l'avenir réservé à l'emploi de la saignée des ranines dans le traitement des angines spécifiques, il ne lui reste pas moins un domaine très-étendu dans les affections inflammatoires de la bouche, de la gorge et du larynx; et quand on songe que cette saignée évite aux malades les douleurs inséparables d'une application de sangsues autour du cou, et surtout les cicatrices qui suivent ces applications, cicatrices indélébiles et si désagréables pour les sujets du sexe féminin, on est tenté de se demander comment une pratique aussi précieuse a pu rester oubliée pendant tant d'années, si l'on ne savait qu'en thérapeutique comme ailleurs les meilleures choses peuvent s'obscurcir et disparaître sous les efforts combinés des préjugés et de la routine. F.-A. Aran.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De la préparation et de l'emploi thérapeutique du sous-carbonate de bismuth.

Les anciens pharmacologistes connaissaient les trois sels de bismuth : le sous-carbonate, l'oxyde et le sous-nitrate ou magistère.

Le docteur Odier, de Genève, à qui l'on doit l'introduction des préparations de bismuth dans la thérapeutique des maladies de l'estomac, s'était borné dans ses expérimentations à comparer les effets des deux derniers sels, l'oxyde et le magistère. D'après les nouvelles recherches de M. le docteur Hannon, professeur à l'Université de Bruxelles, ce serait à tort que le sagace praticien de Genève aurait négligé l'étude du sous-carbonate de bismuth; nous empruntons à la partie chimique et pharmaceutique du mémoire du professeur belge seulement le mode de préparation du nouveau sel. Quant à la partie physiologique et thérapeutique, nous la reproduisons en entier, afin de permettre à nos lecteurs de profiter des conclusions formulées par M. Hannon.

Voici d'abord le mode de préparation :

On purifie premièrement le bismuth en faisant fondre ce métal pulvérisé avec dix fois son poids de nitre en poudre fine. Le mélange doit être préalablement fait d'une manière très-intime. Le refroidissement opéré, le métal est pulvérisé de nouveau et mêlé à dix fois son poids de nitre; on opère une seconde fusion, et l'on peut considérer le bismuth comme entièrement débarrassé des arséniures et des sulfures qu'il contient presque toujours.

On met alors dans un matras trois parties d'acide nitrique à 35° et on y ajoute une partie de bismuth pur. Quand la réaction est complète, on évapore environ un tiers du liquide, puis on verse la solution goutte à goutte dans une solution de carbonate de soude. On obtient un précipité blanc, qui est du sous-carbonate de bismuth. On laisse déposer le liquide et l'on décante. Le sous-carbonate, après avoir été lavé cinq ou six fois à l'eau distillée, est jeté sur un filtre, où on le lave encore pour enlever les dernières traces de carbonate de soude et on le laisse sécher pour le conserver dans des flacons bien bouchés.

Les *propriétés physiologiques* des sels de bismuth sont très-mal connues, et cela par la raison toute simple que le sous-nitrate de bismuth est le seul d'entre eux qui ait été employé en médecine. Or, tous les praticiens savent qu'à partir du moment où le sous-nitrate est ingéré, jusqu'à ce qu'il ait produit son action thérapeutique, nul phénomène intermédiaire ne peut être aperçu. Les sécrétions sont normales. La température reste la même. Le pouls reste invariable. Et quand l'effet thérapeutique est produit : des selles d'un noir cendré, ou bien une constipation plus ou moins opiniâtre, voilà tout ce qu'il est permis d'observer. Ce ne sont point là des phénomènes bien caractéristiques. La plupart des substances préconisées

contre la gastralgie provoquent la constipation, l'affection elle-même la provoque souvent ! Quant à la coloration des selles, elle signifie tout simplement que le médicament a traversé le tube intestinal sans qu'il ait été absorbé; il se retrouve en abondance dans les selles. Le sous-nitrate est en effet fort peu soluble dans le suc gastrique, et c'est précisément cette insolubilité qui a mis obstacle à l'observation des phénomènes physiologiques que l'on eût pu observer à l'aide d'autres sels bismuthiques, tels que le citrate, le tartrate, l'acétate ou le carbonate bismuthique. C'est encore l'insolubilité du sous-nitrate qui le rend inefficace dans la plupart des cas où il est indiqué ; c'est elle encore qui provoque parfois des pesanteurs d'estomac très-incommodes.

Si l'on avait eu recours aux préparations que nous venons de citer, il n'en eût point été de même, et depuis longtemps on serait fixé sur l'action physiologique des préparations bismuthiques.

Le sous-carbonate se plie tout naturellement à ces expérimentations. Il est soluble dans le suc gastrique, son action est prompte, il ne produit jamais aucun sentiment de pesanteur dans l'estomac ; il constipe rarement, colore moins les selles que le sous-nitrate, et peut être employé pendant longtemps sans fatiguer l'estomac comme le fait le magistère de bismuth.

Si l'on prend à l'état de santé 50 à 70 centigrammes de sous-carbonate de bismuth, il est facile d'apprécier les effets physiologiques de ce sel. Cinq ou six heures après l'ingestion, le pouls devient plus faible, il se ralentit de deux à cinq pulsations, la sécrétion urinaire augmente et les urines sont plus claires, l'appétit ne revient point aux heures accoutumées pendant les vingt-quatre heures qui suivent. Ni la respiration, ni le système musculaire de la vie de relation ne sont modifiés.

L'emploi du sous-carbonate est-il continué ; tous ces phénomènes deviennent inappréciables. Il semble d'abord, pendant un jour ou deux, que l'estomac n'ait rien ingéré d'anormal, puis un autre ordre de faits succède à ceux-ci. Le pouls se relève, le nombre des pulsations dépasse de quelques pulsations le taux normal, la respiration devient plus profonde, la sécrétion urinaire redevient normale, et huit ou dix jours plus tard, il semble qu'on ait acquis plus de vigueur musculaire, l'appétit augmente et la digestion est facilitée. L'usage du sous-carbonate continué plus longtemps encore, on finit par éprouver cette sensation de pléthore consécutive à l'emploi des préparations ferrugineuses.

L'action du sous-carbonate semble donc être *sédative* pendant les

premiers jours de son emploi, pour finir par provoquer tous les phénomènes qui résultent de l'emploi des *toniques*.

Action thérapeutique. — Toutes les gastralgies consécutives à un état phlegmasique des voies digestives, gastralgies dans lesquelles on remarque une langue rouge et pointue, des digestions laborieuses accompagnées d'éructations nidoreuses ou acides, une tendance à la diarrhée ou à des vomissements spasmodiques, demandent impérieusement l'emploi du sous-carbonate de bismuth.

Les vomissements des enfants, soit qu'ils se rattachent à la dentition, soit qu'ils succèdent à de fréquentes indigestions; les diarrhées des enfants débiles, survenant surtout au moment du sevrage, exigent l'emploi du même moyen.

L'un des immenses avantages du sous-carbonate de bismuth est de *neutraliser les acides en excès qui se trouvent dans l'estomac.* Le sous-nitrate, on le sait, échoue toujours dans ces circonstances.

Dans tous les cas, après l'ingestion du sous-carbonate, on voit d'abord la douleur des voies digestives disparaître promptement, puis cessent les éructations, les vomissements ou la diarrhée, les digestions deviennent de moins en moins laborieuses, la langue reprend peu à peu sa forme et sa couleur normales, et si l'usage du sous-carbonate est continué, l'appétit augmente de jour en jour; la *physionomie gastralgique* perd son caractère; le teint jaune disparaît, et la face se colore en même temps qu'elle cesse d'être grippée.

L'emploi du sous-carbonate doit, du reste, être continué pendant une dizaine de jours après la cessation complète de tous les symptômes, mais alors à doses décroissantes.

Modes d'administration et doses.— Le sous-carbonate de bismuth, absolument insipide, ne provoque aucune répugnance. On le donne avant le repas. Les adultes le prennent dans un peu d'eau, les enfants dans un peu de miel ou de confiture, on peut encore le leur donner dans leur bouillie. Du reste, il est facile d'en faire des tablettes contenant chacune la dose de sel que l'on veut prescrire avant le repas. La dose pour les adultes est de 1 à 3 grammes, à prendre en trois fois pendant le jour, à dose croissante.

La dose pour les enfants est de 1 à 4 décigrammes par jour. Si les accidents gastriques surviennent la nuit, on administre le sous-carbonate de bismuth à l'instant où les malades se mettent au lit.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur une formule de traitement curatif de la migraine.

Lettre à M. le docteur Serre, d'Alais.

Il est un certain nombre de maladies dont nous négligeons trop le traitement, sous le prétexte que leur développement ne compromet jamais la vie des malades. Lorsque, par exception, les accidents deviennent graves et intenses, et réclament alors l'intervention de l'art, nos tentatives thérapeutiques sont vaines. Nous avons laissé à l'habitude morbide le temps de prendre droit de domicile dans l'économie; puis nous sommes sans expérience positive sur la valeur des agents médicaux capables de triompher des accidents alors tenaces.

Cette vérité se montre dans tout son jour lorsqu'on est appelé à traiter un malade affecté de migraine, et vous en êtes un exemple. Après avoir essayé sans succès des quelques moyens consignés dans les auteurs, vous songez à abandonner enfin l'exercice de la médecine et à aller demander au calme, à la tranquillité de la vie champêtre, la guérison de longs et fréquents accès de migraine. Le moyen est bon, cependant je doute que les traitements hygiéniques aient jamais suffi pour triompher de la migraine, lorsqu'elle dure depuis un certain temps. Le désir que j'éprouve de vous conserver à la pratique d'un art qui déjà vous doit tant m'engage à vous faire part des quelques essais que j'ai tentés relativement au traitement curatif de la migraine.

Dans toute tentative thérapeutique, la médication nouvelle procède de l'idée qu'on se fait de la nature de la maladie; or, rien n'est plus évident que la nature essentiellement intermittente de la migraine, et de mieux indiqué que l'emploi des agents antipériodiques. —Comme ce n'est ni l'idée théorique, ni la foi dans l'action thérapeutique, mais bien le médicament qui guérit, permettez-moi de vous rendre compte tout d'abord du résultat de mon expérimentation, avant de discuter la valeur de ma conception pathologique sur la nature de la maladie. Ce ne serait pas la première fois, supposant que je sois dans l'erreur à cet égard, que parti d'une donnée incomplète et même erronée, on fût arrivé à formuler une médication utile. Dans les enseignements pratiques d'ailleurs, les exemples, mieux que les préceptes, entraînent la conviction. Voici donc mes faits :

Obs. I. En 1849, j'avais à mon service, comme cuisinière, une

fille âgée d'environ vingt-cinq ans, affectée depuis plusieurs années de migraines. Les accès apparaissaient régulièrement à chaque époque menstruelle, ils duraient trois jours, et les douleurs de tête prenaient une telle intensité, que la malade était forcée de passer vingt-quatre heures au lit. Désireux de la guérir, comme elle était en même temps chloro-anémique, j'associai au sulfate de quinine la masse pilulaire de Vallet. Outre cette médication, qui s'adressait aux deux éléments principaux de l'état morbide, je ne négligeai aucune indication. L'apparition des règles était accompagnée de coliques utérines ; je fis prendre à la malade, dès leur début, 4 gramm. de castoréum, divisés en quatre doses. Puis, aussitôt la menstruation établie, et pendant toute sa durée, comme la perte de sang était considérable, je fis ajouter à la médication 10 grammes de teinture de cannelle. Ces moyens divers eurent pour résultat de faire disparaître la dysménorrhée, de modérer le flux sanguin et d'améliorer rapidement l'état chloro-anémique. Quant aux accès de migraine, ils continuèrent à se montrer avec la même régularité, et j'étais chaque mois privé de son service pendant une journée.

A cette époque, notre sagace confrère, M. Corvisart, vint me rendre témoin de l'action spéciale que la digitale exerce sur les organes génitaux chez l'homme. Ces faits rappelèrent mon attention sur un résultat thérapeutique que j'avais maintes fois observé, sans lui prêter tout l'intérêt qu'il mérite. Vous avez dû remarquer, comme moi, que chez toutes les jeunes filles soumises aux préparations de digitale, la menstruation devient plus facile et plus régulière. Or, les accès de migraine se manifestant le plus souvent chez les femmes à l'occasion de cette fonction, la pensée me vint d'associer la digitale au sulfate de quinine.

Ma malade, guérie de sa chlorose, m'offrait toutes les conditions d'une bonne expérimentation : j'en profitai pour soumettre ma médication au contrôle de l'expérience. Je formulai le traitement suivant :

Pr.	Sulfate de quinine.............	3 grammes.
	Poudre de digitale.............	1 gramme 50 centig.
	Sirop.............................	Q. S.

F. S. A. et divisez en 30 pilules.

Une pilule chaque soir, au moment de se mettre au lit.

Ce traitement fut commencé immédiatement après la cessation des règles et suivi fidèlement pendant quatre mois. A la première époque, l'accès de migraine fut beaucoup moins intense ; la malade n'eut pas besoin de se coucher ; à la seconde, l'amélioration fut plus

évidente encore; à la troisième l'accès avorta. A peine si un léger indice vint rappeler à la malade les accidents qui, pendant si longtemps, avaient marqué cette époque. Je fis continuer les pilules jusqu'à la fin du mois. Voulant juger la valeur de la médication au point de vue de la cure, je fis cesser alors le traitement.

La guérison se maintint complète une année; au bout de ce temps, des émotions morales, provoquées par des affaires de famille, ramenèrent les accès, qui, de même qu'autrefois, apparaissaient exclusivement à l'occasion de la fonction menstruelle. Curieux d'étudier cette fois l'action des pilules sur l'accès même, dès le début des premiers symptômes je prescrivis quatre pilules, qui furent prises en quatre fois, dans la journée, à quatre heures d'intervalle; le lendemain, toute douleur de tête avait disparu. Pendant deux mois que cette fille resta à mon service, la même médication fut suivie et amena le même résultat; seulement les trois accès qui eurent lieu sous mes yeux offrirent chaque fois à peu près la même intensité : elle fut obligée de quitter alors la France pour retourner dans son pays, et j'ai perdu ainsi l'occasion de m'assurer si, en combattant l'habitude morbide chaque fois qu'elle se manifestait, je ne serais pas enfin parvenu à triompher de la maladie.

Obs. II. A la même époque, j'avais pour blanchisseuse une femme d'environ trente-cinq ans, habitant Saint-Cloud : son état de santé, excellent, était troublé seulement par de violents accès de migraine, qui revenaient régulièrement chaque quinze jours. Cette femme avait pour mari un homme ivrogne et brutal, qui la contraignait au travail, et par des voies de fait, lors même qu'elle souffrait le plus de sa migraine. En apprenant de ma cuisinière le succès du traitement que je lui faisais suivre, elle demanda à me voir, me peignit sa position malheureuse et me supplia de tenter sa cure.

Chez elle la migraine présentait la forme stomacale, c'est-à-dire que les premiers symptômes étaient accompagnés de troubles des fonctions digestives, et que l'accès se jugeait, au plus fort du paroxysme, par des vomissements ne laissant à leur suite qu'un sentiment de courbature intense. Au moment où elle me donnait ces renseignements, elle éprouvait les premiers symptômes d'un accès. Constatant un état saburral des premières voies, je débutai par le traitement de cet accès même. Je prescrivis un vomitif (ipéca, 1 gr.; tartre stibié, 5 centigr.), qu'elle devait prendre aussitôt sa rentrée chez elle; puis, les effets de la médication une fois passés, quatre pilules de digitale et de sulfate de quinine, à une heure d'intervalle.

L'accès fut enrayé, et elle continua ensuite son traitement pendant quatre mois, en prenant la dose prophylactique, c'est-à-dire une pilule chaque jour en se couchant. Pendant une année que cette femme fut au service de ma maison, elle n'a éprouvé aucune atteinte nouvelle de sa maladie. Je ne l'ai pas revue depuis.

Obs. III. Une dame de ma famille était sujette, depuis longues années, à des accès de migraine, contre lesquels elle s'était toujours bornée à faire usage des moyens hygiéniques. Arrivée à l'époque de la ménopause, la maladie, au lieu de s'amender, s'aggrava, et les accès devinrent si pénibles, qu'elle fit appel aux lumières de son médecin. Les essais de traitement étant restés sans résultat, elle s'adressa à moi. En présence des deux faits précédents, je n'hésitai pas à lui conseiller les pilules de digitale et de quinine, à la dose d'une chaque fois. Dès le second mois de leur emploi, l'amélioration était telle, qu'elle n'hésita pas à les faire prendre à son mari, également affecté de migraine. J'eus bientôt connaissance de ce fait, qui venait élargir le cercle de mon expérimentation thérapeutique.

Obs. IV. M. de L., âgé de soixante-cinq ans, d'une constitution robuste, habite depuis longues années la campagne. Tant qu'il a partagé ses loisirs entre la culture des fleurs et l'exercice de la chasse, les seuls accidents subis par sa santé étaient des accès de migraine. En 1849, quelques voisins l'entraînent à partager avec eux les plaisirs de la pêche au filet. Dès lors, il passe de fréquentes journées le corps à demi plongé dans une eau courante et froide.

Des douleurs articulaires viennent l'avertir que ce nouvel exercice ne lui convient nullement; comme elles sont fugaces et se dissipent spontanément, il n'en tient compte et persiste. Enfin, un fort accès de goutte le force à prendre le lit et lui ouvre les yeux. Il renonce alors à ses immersions, mais les attaques de goutte se répètent, et, dans un dernier accès, les douleurs, qui jusque-là avaient envahi exclusivement les articulations des pieds, affectent la tête et provoquent une céphalée des plus intenses. Son médecin, mandé aussitôt, fait envelopper les extrémités de larges sinapismes et prescrit une tasse d'infusion aromatique, dans laquelle on ajoute quinze gouttes de teinture de colchique, qui doivent être répétées jusqu'à ce que l'effet purgatif se manifeste.

Quoique le malade soit un homme d'une grande énergie et d'un caractère fortement trempé, les douleurs de tête avaient été si violentes, qu'elles éveillèrent dans son esprit un sentiment presque de terreur. Il me fit écrire immédiatement pour me demander ce qu'il

aurait à faire dans le cas où les moyens qu'on lui avait prescrits ne réussiraient pas : il avait la conviction que si une seconde crise survenait, il succomberait. Témoin plusieurs fois des effets remarquables du musc, administré à dose filante dans ces céphalées goutteuses, je donnai le conseil de faire préparer douze pilules d'un grain de cette substance, et d'en prendre une, soit chaque quart d'heure, soit chaque demi-heure, suivant l'intensité du début de l'attaque. Les effets révulsifs de la médication mise en usage prévinrent le retour des accidents, et la convalescence s'établit.

Un mois après, un accès de migraine eut lieu et fut plus intense que d'habitude. En présence de ce fait, la sollicitude de sa femme fut éveillée, et elle engagea son mari à suivre mon traitement contre la migraine. Je ne tardai pas à être informé de son essai, et tenant compte de la diathèse et de la maladie, je lui adressai ma première formule, modifiée de la manière suivante :

Pr.	Extrait de colchique....................	3 grammes.
	Sulfate de quinine......................	3 grammes.
	Poudre de digitale......................	1 gramme 50 centig.

F. S. A. et divisez en 30 pilules.

Une pilule chaque soir en se couchant.

Le succès de ce traitement, suivi exactement pendant les six premiers mois de 1851, serait des plus remarquables (car voici plus de cinq années que M. de L. n'a éprouvé ni accès de migraine, ni attaque de goutte), si un ecthyma des plus intenses ne s'était manifesté au printemps de 1854 et n'avait duré tout le reste de l'année. N'exagérons pas, toutefois, la valeur de cette intervention : en supposant qu'elle soit réelle, elle porterait seulement sur la consolidation de la cure, puisque celle-ci existait depuis plus de deux ans lors de l'apparition de la maladie cutanée.

(La fin au prochain numéro.) Debout.

Coup d'œil sur les propriétés thérapeutiques des bains minéraux de Pennes.

Lors de la dernière épidémie du choléra, un honorable pharmacien de Paris, M. Pennes, adressait à l'Académie de médecine une série de formules pour le traitement du terrible fléau. Ces formules diverses ont été reproduites par la plupart des organes de la presse, dans leur compte rendu de la séance. Le *Bulletin de Thérapeutique*, que son cadre n'oblige pas à cet égard, a, comme toujours, gardé une prudente réserve, surtout en ce qui concerne les traitements

anticholériques nouveaux. Toutefois, parmi les divers moyens conseillés par M. Pennes, il en était un digne, par sa valeur thérapeutique incontestable, de survivre aux circonstances dans lesquelles il se produisait, je parle de sa formule de bains ([1]).

Les résultats remarquables obtenus à l'hôpital Saint-Antoine par un de vos plus laborieux et sagaces collaborateurs, M. Aran, m'ont engagé à me livrer, à mon tour, à une expérimentation suivie; et je suis en mesure, je crois, de fournir à nos confrères quelques indications positives sur les mérites de ce nouveau composé.

J'ai commencé par soumettre à l'usage des bains électro-chimiques des individus paraissant jouir d'une bonne santé. Voici les effets physiologiques observés.

Lorsqu'on fait dissoudre un flacon (dose ordinaire) des sels de M. Pennes dans un bain chaud, la température du bain s'abaisse ; les sujets qui s'y plongent sentent, au bout de dix à douze minutes, la peau qui s'échauffe, et chez quelques-uns, à système dermique très-excitable, elle se flagelle de vergetures rouges qui éveillent une cuisson qui peut s'élever jusqu'à la douleur ; le pouls devient large, plein ; les sujets accusent un sentiment de turgescence générale, et chez quelques-uns les oreilles tintent ou bourdonnent. C'est presque un accès de fièvre, mais sans malaise.

A la sortie du bain, en ayant soin de suivre les précautions indiquées par l'auteur, le pouls se calme, il survient quelquefois une sueur bienfaisante, douce et perlée; d'autres fois, au lieu de sueurs, on observe des urines abondantes, claires, limpides, de celles que nous appelons nerveuses. Un sentiment de bien-être s'empare du sujet, la peau devient fraîche, douce au toucher, l'appétit s'éveille et devient impérieux, et la seule expression qui puisse rendre ce qu'on éprouve, c'est une sensation de jeunesse.

Cet effet est le même chez tous, en réduisant à moitié la dose ordinaire pour les sujets à peau fine et trop irritable et pour ceux qui se trouvent prédisposés par leur constitution aux congestions céphaliques ou thoraciques.

L'action qu'exercent les bains composés de M. Pennes sur l'homme en santé justifie-t-elle le nom d'électro-chimiques, qui leur est imposé? Le refroidissement de l'eau, au moment de la dissolution, les phénomènes pathogénétiques observés chez l'homme, sont-ils des faits

---

([1]) Rappelons que les éléments de ces bains se composent de : delphine, bromure de potassium, sulfate d'alumine, sulfate de chaux, sulfate de fer, sulfate de soude, phosphate de soude, carbonate de soude, huiles aromatiques.

électro-chimiques ? Je ne sais ; mais il me semble que les effets obtenus se rapprochent assez de ceux que produisent les bains de mer chauds, et que l'expression de bains salins-aromatiques leur conviendrait assez.

Après avoir constaté l'usage qu'on pourrait en faire hygiéniquement, j'en ai cherché la valeur dans certaines affections. Ainsi dans les engorgements viscéraux (que l'état morbide ait eu pour siége l'organe hépatique, les glandes mésentériques ou l'utérus), je puis dire avec certitude que, soit directement, soit indirectement, par leur action générale sur l'économie, ils ont puissamment aidé à la résolution, alors que l'estomac, fatigué par des médications longues et infructueuses, ne permettait plus l'administration de nouveaux remèdes.

Sur une autre série de malades, celle des chloro-anémiques, ils m'ont donné des résultats auxquels j'étais loin de m'attendre ; et, si je ne craignais de donner trop d'extension à cette simple note, je tiendrais à vous citer le cas d'une jeune femme de vingt-neuf ans, traitée depuis son enfance pour une chlorose, par toutes les médications possibles, sans beaucoup de succès, dont l'estomac était si susceptible que l'introduction d'aliments, et, à plus forte raison, de médicaments, éveillait immédiatement des douleurs gastralgiques intolérables. J'essayai, mais vainement, l'usage du fer sous toutes les formes, il me fallut y renoncer ; c'est alors que j'eus recours aux bains composés de M. Pennes. Le succès dépassa mon attente.

L'action de ces bains sur les sujets atteints de diathèse scrofuleuse se prévoit par ce que nous avons dit de leurs effets physiologiques : c'est un bon adjuvant des indications iodées, qui n'a pas l'inconvénient des bains sulfureux ; mais il ne faut pas craindre, après avoir tâté la susceptibilité du malade, d'en porter la dose à deux et trois flacons pour chaque bain, si l'on veut en obtenir des effets appréciables.

Quelques cas de rhumatisme atonique, sans fièvre ni gonflement articulaire, ont été traités également par l'usage de ces bains, et les malades se sont loués de la diminution de leurs douleurs.

En somme, les bains de M. Pennes méritent l'attention de nos confrères, qui pourront les utiliser comme agents hygiéniques ou thérapeutiques.

Comparés aux bains composés que nous employons journellement, je les rapproche volontiers des bains de mer chauds.

Comme bains hygiéniques, il faudra les prescrire à demi-dose aux enfants, aux femmes irritables, pour vaincre l'action débilitante

des temps humides, des veillées, de l'habitation prolongée des grandes villes, ainsi qu'aux hommes qui se livrent à des travaux de cabinet, et dont les fonctions digestives deviennent paresseuses, enfin à ceux qui sont disposés à la pléthore abdominale. A dose entière, je les indiquerai comme un moyen de réparation prompt et efficace à tous ceux qu'un excès de travail intellectuel ou physique aura épuisés.

Comme agent thérapeutique, toutes les fois qu'il s'agira d'éveiller une fièvre éphémère, de stimuler ou d'exciter l'énergie des fonctions organiques.

En présence de ces diverses indications, on comprend la prétention de leur auteur de fournir aux médecins les moyens d'un traitement thermal à domicile.

Avant de clore cette note, disons un mot d'une contre-indication formelle de ces bains. Nous ne voulons pas parler seulement des personnes disposées par leur constitution aux attaques d'apoplexie, qui doivent en éviter l'emploi, mais encore plus de celles chez lesquelles on soupçonne des tubercules. Nous avons essayé à plusieurs reprises, en diminuant la dose, de faire prendre des bains électro-chimiques à des tuberculeux, lorsque les fonctions digestives étaient languissantes, et toutes les fois, nous avons vu s'éveiller un travail phlegmasique que nous avons eu de la peine à vaincre.

Telles sont les considérations pratiques que je puis fournir sur la formule de bains de M. Pennes. Si vous les croyez utiles, donnez-leur place dans le *Bulletin de Thérapeutique*; elles sont assurément plus complètes que celles qu'on a publiées jusqu'ici.

Docteur Lecointe.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'hygiène navale, ou de l'influence des conditions physiques et morales, dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre, et des moyens de conserver sa santé, par le docteur Fonssagrives, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest; illustré de 57 planches intercalées dans le texte.

Des diverses branches de la médecine, celle à laquelle on peut, sans être prophète, prédire la fortune la plus brillante, c'est sans aucun doute l'hygiène. S'il nous était permis d'esquisser ici le tableau des progrès réalisés, dans cette direction, depuis le commencement du siècle seulement, nous sommes convaincu qu'il n'y a pas un seul homme intelligent, alors même qu'il serait complétement

étranger aux choses de la médecine, qui n'augurât comme nous de l'avenir de cette belle science. Nous nous hâterons d'ajouter toutefois, qu'en nous exprimant ainsi, nous entendons surtout parler de l'hygiène en tant que spéculation, si ce mot choque, en tant que doctrine; car, pour ce qui est de l'application des enseignements de cette science intéressante, ce n'est plus seulement avec l'intelligence de l'homme qu'il faut compter, mais encore avec les passions, avec les lâchetés du cœur humain. En hygiène comme en morale, comme en politique, comme en toute pratique, en un mot, où la passion vient se mêler aux conceptions de l'esprit, il faut non-seulement voir la verité, mais la faire; et c'est là un obstacle que la science proprement dite, réduite à ses seules ressources, aura grande peine à vaincre. La civilisation, en éclairant l'intelligence, en appelant un plus grand nombre d'élus aux bienfaits de la vie, en faisant l'homme plus homme, pour tout dire d'un seul mot, la civilisation surexcite les passions de l'homme en même temps qu'elle étend l'horizon de son esprit. De ce double et inévitable développement, il résulte d'abord ceci, c'est que le gouvernement de l'homme par lui-même devient plus difficile, et que cette difficulté passe bientôt dans le gouvernement des sociétés elles-mêmes. Nous n'avons rien à dire ici du problème qui se pose à propos du gouvernement social, problème à côté duquel on semble dormir aujourd'hui; il n'en est pas de même de la première question: là nous voyons un peu plus clair, et nous nous croyons un peu moins incompétent. Le problème est difficile, nous l'avons dit; mais est-il complétement insoluble? nous ne le croyons pas. Dans l'enfance des sociétés, presque partout, en même temps qu'il promulgue les lois qui doivent régir les rapport des hommes entre eux, en ce qui touche aux actes extérieurs, on voit le législateur imposer, soit comme lois d'État, soit comme préceptes divins, un certain nombre de prescriptions que commande impérieusement l'hygiène. Dans l'état actuel de la civilisation, est-il permis, est-il possible même de revenir à des pratiques que justifie à peine l'ignorance des hommes, à ces époques reculées? Nul ne saurait le penser. Mais ce qui est encore possible aujourd'hui, parce que ce sera juste toujours, c'est de placer les préceptes sous la sauvegarde des lois de la morale et de la religion. Les enfants perdus d'un matérialisme qui bientôt, nous l'espérons, ne se comprendra plus que comme un arrêt du développement de l'intelligence, ou un entêtement de mauvais goût, pourront dédaigneusement sourire en présence de cette remarque; mais qu'ils se le tiennent pour dit, tout est là cependant, et l'hygiène ne fera de

progrès effectifs dans les masses, qu'elle est appelée à gouverner dans l'usage des choses de la vie, qu'à la condition d'appuyer ses enseignements sur ceux de la morale, de la religion elle-même. Un profond hygiéniste l'a bien compris : « Même aux époques d'incrédulité, dit M. Michel Lévy, la religion demeure la plus énergique de toutes les forces morales : non-seulement elle domine les circonstances les plus importantes de la vie, mais la réalisation de ses préceptes lui subordonne tous les détails de la conduite de chaque homme ; dès lors elle investit l'hygiène, comme elle absorbe la psychologie (¹). » L'auteur du livre dont il s'agit en ce moment, M. Fonssagrives, ne s'y est pas plus mépris que l'illustre directeur de l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce ; lui aussi demande à la morale, à la religion, la force qui seule peut faire accepter à l'homme les enseignements souvent austères de la science. Qu'on lise dans l'ouvrage du savant médecin en chef de la marine à Cherbourg le sixième livre, qui est consacré tout entier à l'étude des influences morales sur l'homme, et l'on sera bien vite édifié sur la nécessité de faire appel à la morale et à la religion, pour assurer aux enseignements de l'hygiène un empire réel sur les esprits.

Que si nous avons tout d'abord agité cette question, à propos d'un livre d'hygiène nautique, ce n'est ni par pure fantaisie ni par ardeur d'un zèle indiscret, c'est que tout simplement nous avons voulu aller tout de suite au devant d'une objection que ne manque jamais de provoquer tout livre d'hygiène qui s'adresse à la fois aux médecins et aux hommes étrangers à la science. Le livre de notre savant et dévoué confrère n'eût pas, plus que tout autre livre du même genre, échappé à cette fin de non-recevoir d'une critique à courte vue, et nous avons voulu écarter tout d'abord cet obstacle à la fortune brillante à laquelle il nous semble appelé.

Maintenant que nous avons ôté cette pierre d'achoppement, et que nous savons à quelle condition l'hygiène peut prétendre à répandre les bienfaits de ses enseignements en dehors du sanctuaire où scientifiquement elle s'élabore, indiquons le plan suivant lequel M. Fonssagrives a exposé l'hygiène spéciale dont il s'est donné la mission de tracer les préceptes. Comme l'auteur s'est donné la peine d'indiquer sommairement le plan de son ouvrage, nous ne saurions mieux faire que de le lui laisser exposer à lui-même. Nous ne sommes pas toujours si libéral envers tous les auteurs dont les élucubrations passent sous nos yeux ; c'est que souvent, dans ce dérou-

(¹) Traité d'hygiène publique et privée, troisième édition, tome II, page 770.

lement de sa pensée, le dieu se guinde un peu trop sur son piédestal, et nous trompe sur sa taille. Aussi modeste qu'instruit et intelligent, nous n'avons pas à craindre cette illusion d'optique avec le médecin de Cherbourg; écoutons-le donc nous dire lui-même ce qu'il a fait : « Notre plan a été bien simple, dit M. Fonssagrives; nous avons divisé notre ouvrage en six livres. Après avoir étudié, dans le livre premier, le navire dans ses matériaux de construction, ses approvisionnements, ses chargements et sa topographie, nous nous sommes occupé, dans le deuxième livre, du second terme du rapport, de l'homme de mer, et nous l'avons envisagé dans ses conditions de recrutement, de profession, de travaux, de mœurs, d'hygiène personnelle, etc. Nous nous sommes occupé, dans le troisième livre, des influences qui dérivent de l'habitation nautique, et nous avons examiné, dans autant de chapitres distincts, les mouvements du bâtiment, l'atmosphère nautique, l'encombrement, les moyens d'assainissement du navire, et enfin l'hygiène comparative des diverses sortes de bâtiments. Dans le quatrième livre, nous avons traité des influences extérieures au navire, c'est-à-dire des influences pélagiennes, climatériques et sidérales, et nous avons donné de longs développements à l'hygiène des climats excessifs. Le livre cinquième tout entier a été consacré à l'étude de la bromatologie nautique; enfin, sous l'influence de cette pensée, que l'hygiène de l'âme est inséparable de l'hygiène du corps, nous avons consacré dans un sixième livre, aux influences navales, c'est-à-dire au régime naval, disciplinaire et religieux de l'homme de mer, des développements qui nous ont paru indispensables. »

Nous ne saurions prétendre à suivre notre savant auteur d'étape en étape dans une pérégrination de si longue haleine : outre que nous courrions le risque de nous égarer dans des pays inconnus, une telle circumnavigation nous est interdite ici; nous aimons mieux flâner çà et là, suivant nos habitudes d'homme accoutumé *au plancher des vaches*, autour de quelques chapitres qui nous ont plus particulièrement intéressé, et où l'auteur nous dira sa pensée sur quelques questions intéressantes.

Une de ces questions, sur laquelle M. Fonssagrives n'a pas hésité à nous donner une solution, imprévue peut-être, est la question qui se pose, à propos de l'influence comparée de la navigation à voiles et de la navigation à la vapeur, sur la santé des hommes. Dans l'opinion de l'auteur, opinion qui se justifie d'ailleurs par des chiffres qui paraissent précis, le second mode de navigation fait courir à la santé des marins beaucoup plus de risques que le premier. Cette dif-

férence, que le médecin de Cherbourg croit positive, nous le répétons, il l'attribue à des influences complexes, parmi lesquelles il signale surtout l'espace et l'air, qui sont plus parcimonieusement mesurés dans les vapeurs que dans les navires à voiles, par le fait seul de la machine et du combustible dont ceux-là sont nécessairement pourvus; mais sur ce point, il se hâte d'ajouter que si c'était là l'unique raison de cette différence de la salubrité des uns et des autres, l'architecture nautique, dont les progrès sont une des merveilles de notre temps, l'aurait bientôt fait disparaître. Malheureusement là n'est pas uniquement la cause du mal : la chaleur que développe un foyer de combustion aussi énergique que celui dont est pourvu un vapeur construit sur des proportions un peu larges, les réactions chimiques qui, sous l'empire de cette chaleur même, se développent dans les agents nécessaires à cette combustion, dans les corps gras mêmes dont sont enduits les ressorts de la machine, et qui ont pour but d'en faciliter le jeu, les travaux spéciaux, et dans des conditions spéciales, qu'entraîne pour beaucoup d'hommes des équipages le mécanisme dont ce mode de locomotion nautique est le résultat, telles sont les principales influences qui, au point de vue de l'hygiène, placent la navigation à vapeur dans des conditions moins heureuses que la simple navigation à voiles. En attendant que la science ait réalisé toutes les espérances que l'auteur fonde avec raison sur l'esprit de progrès qui anime le génie maritime, si nous pouvons dire ainsi, M. Fonssagrives donne les conseils les plus judicieux pour préserver les marins des dangers particuliers que l'application de la vapeur à la navigation fait naître pour eux spécialement. Rien qu'à cette discussion l'homme du métier se révèle, et l'on sent qu'on marche là avec un guide qui ne peut vous égarer. Si nous pouvions suivre dans sa laborieuse course, à travers le monde nouveau qu'il nous découvre, l'ancien médecin de la frégate à vapeur *l'Eldorado*, nous aurions cent fois l'occasion de faire la même remarque. Qu'on lise, par exemple, la longue discussion à laquelle l'auteur se livre sur la bromatologie nautique, sur les épidémies et les endémies à bord, sur l'antagonisme morbide, etc., etc., et l'on se convaincra bien vite qu'en faisant un éloge si explicite de notre savant confrère, nous ne faisons que lui rendre justice. Pour que cette justice apparaisse encore mieux, nous dirons, avant de finir, un mot encore sur une des intéressantes questions qu'a touchées M. Fonssagrives, nous voulons parler de l'influence de la navigation sur la marche de la phthisie. L'auteur accepte sur ce point l'opinion émise naguère par M. Rochard. Comme pour lui, c'est sans doute pour

nous un grand témoignage que celui de l'Académie, que celui de M. Rochard même; mais tout imposant qu'il soit, ce témoignage ne fait pas pour nous la vérité. Dans notre humble opinion, cette question est peut-être résolue, en tant qu'il s'agit de l'influence nautique sur les marins prédisposés à la phthisie, ou actuellement phthisiques, mais elle ne l'est pas si on élargit cette question, si on étudie cette influence sur des hommes qui naviguent, et qui en même temps jouissent là de tout le confort qu'ils trouveraient à Pau, à Madère ou à Damas. Nous craignons que M. Fonssagrives, comme M. Rochard du reste, n'ait été, dans ses conclusions à cet égard, au delà de la limite où ses prémisses le renfermaient. Que l'auteur nous pardonne cette simple remarque, un homme de sa valeur doit être généreux.

Nous voulions nous arrêter ici; encore un mot cependant. En jugeant un livre de science, nous ne nous arrêtons pas toujours au mérite de ce livre, en tant qu'expression de la valeur intellectuelle de l'homme; si par quelque fissure le cœur nous apparaît, nous nous plaisons à l'apprécier, à pénétrer ce qu'il vaut. Nous avons soumis M. Fonssagrives à cette sorte de plessimétrie morale, et nous nous sommes réjoui de rencontrer en lui non-seulement un homme de science profonde et de bon aloi, mais encore un homme de cœur. Le médecin de Cherbourg aime la science; mais on voit qu'il aime encore plus les hommes qui sont appelés à en bénéficier : c'est là le vrai secret des hommes forts : il faut aimer l'homme pour le servir. *Charitas orat, desiderium quærit, et necessitates ex commiseratione in animâ pulsant : sic datur intellectus.* (Van-Helm.)

BULLETIN DES HOPITAUX.

Nouvel agent anesthésique. — Résultats des premiers essais dans les hôpitaux de Londres et de Paris. — En présence des morts nombreuses survenues pendant la pratique des inhalations anesthésiques dans les hôpitaux de Londres, on s'explique l'ardeur que déploient les médecins anglais dans la recherche d'une nouvelle substance moins dangereuse que le chloroforme. Aucune de ces tentatives n'a encore abouti; M. J. Snow, qui depuis longtemps s'est placé en tête des plus zélés expérimentateurs, paraît enfin arrivé à un résultat digne d'être signalé. — C'est encore à un chimiste français qu'est due la découverte du nouvel agent, l'*amylène*. Décrit pour la première fois en 1844 par M. Balard, professeur de chimie

à la Faculté des sciences, l'amylène est un liquide incolore, très-volatil, qu'on obtient en distillant un mélange d'alcool amylique (essence de pomme de terre) sur du chlorure de zinc. Il est à l'alcool amylique (essence de pomme de terre) ce que l'éthylène (gaz oléfiant) est à l'alcool ordinaire. La diversité des échantillons qui nous ont été fournis nous engage à rappeler qu'en 1839, M. Cahours a donné le même nom à une substance isomérique, obtenue à peu près de la même manière et que l'on a appelée depuis *paramylène*. Nous publierons dans notre prochain numéro une note sur le meilleur des modes de préparation du nouvel agent, l'amylène parfaitement pur étant seul applicable à la pratique de l'anesthésie ; car, lorsqu'il n'est pas préparé par un bon procédé, il conserve une odeur repoussante de naphte.

A chaque nouvelle tentative, ce n'est pas seulement l'introduction d'un agent anesthésique qui est en question, la méthode elle-même se trouve de nouveau engagée. Aussi, avant de placer sous les yeux de nos lecteurs les résultats obtenus par nos confrères anglais, nous avons voulu nous assurer par nous-même de la valeur anesthésique de l'amylène, M. Berthé, chef du laboratoire des produits pharmaceutiques de la maison Ménier, avec un empressement dont nous ne saurions trop le remercier, s'est mis en mesure de satisfaire promptement à notre désir. M. Berthé a fait plus encore, avant de nous livrer son produit, il est allé le soumettre au contrôle de M. Balard, qui a reconnu le liquide qu'on lui présentait pour de l'amylène parfaitement pur. Le savant chimiste n'a été étonné que de la grande quantité obtenue par M. Berthé. Rassuré sur l'identité de l'agent chimique, il ne nous restait plus qu'à soumettre sa valeur anesthésique au contrôle de l'expérimentation clinique. Nous nous sommes rendu à l'hôpital Saint-Antoine, persuadé que nous trouverions à la consultation de M. Aran quelques patients venus pour réclamer des extractions de dents.

Les 40 grammes d'amylène que M. Ménier mettait généreusement à notre disposition constituaient un magnifique échantillon pour des recherches chimiques, mais c'était peu de chose pour des expérimentations cliniques ; il fallait donc faire être ménager du produit. Dans ce but, autant que dans l'ignorance où nous nous trouvions du degré d'activité du nouvel agent anesthésique, nous avons songé à mettre à profit l'anesthésimètre de M. Duroy, et nous avons prié ce pharmacien de faire manœuvrer son ingénieux instrument pendant nos premiers essais. Trois jeunes femmes ont été soumises ce premier jour aux vapeurs d'amylène. La durée de l'inhalation a été de vingt

minutes pour chacune d'elles ; elles ont consommé 4 1/2, 6 et 6 1/2 divisions de l'anesthésimètre [1] en amylène, sans que l'insensibilité ait été produite chez aucune d'elles ; toutes ont plus ou moins senti la douleur que détermine l'avulsion d'une dent. Les seuls faits qui soient ressortis de notre première expérimentation sont : 1° la facilité avec laquelle nos malades ont toléré les vapeurs d'amylène, 2° la prompte disparition des troubles qu'elles provoquent ; assertions très-vraies exprimées par M. Snow.

Les résultats obtenus avec l'anesthésimètre de M. Duroy nous ayant montré qu'il fallait agir plus largement, nous avons eu recours, lors de notre seconde séance, à l'appareil que M. Charrière a imaginé pour les inhalations du chloroforme. Suivant M. Snow, le malade doit respirer l'amylène à la dose de 1 gramme 25 par minute, de cette façon il devient insensible au bout de trois minutes et même moins. C'est ce dont nous avons été alors témoin. Une jeune fille de quinze ans, placée dans le service de M. Aran, avait une grosse molaire cariée, dont elle souffrait et voulait être débarrassée : 5 à 6 gr. d'amylène furent versés dans l'appareil Charrière, et en moins de trois minutes la malade fut endormie. La durée de l'inhalation fut si courte, que l'élève du service, chargé de l'opération, se reposant un peu sur ce dont il avait été témoin dans la séance précédente, se laissa surprendre, et le moment d'agir était venu sans que son instrument fût prêt. On laissa la malade revenir à elle, ce qui eut lieu en moins d'une minute. La physionomie était gaie et riante, elle revenait de la promenade, dit-elle. Lorsque tout fut disposé, 5 gr. d'amylène furent versés de nouveau dans l'appareil, et l'anesthésie fut aussi prompte que la première fois ; à peine la troisième minute écoulée, la bouche de la malade fut ouverte sans la moindre résistance, et la dent extraite sans que la malade manifestât aucun signe de douleur. Elle avait recommencé sa promenade ; elle conservait le souvenir de ce qu'on lui avait fait pendant la période de l'inhalation ; on lui avait dénoué successivement les cordons de son bonnet, dit-elle, puis ceux de sa camisole ; on lui avait ensuite écarté les mâchoires, mais elle n'avait pas conscience de l'avulsion de sa dent. Une malade voisine, émerveillée de ce résultat, voulut profiter de l'occasion pour se faire extraire une dent qui, de temps en temps, la faisait souffrir. C'était une femme d'environ vingt-cinq ans ; elle fut endormie en

(1) Chaque division de l'anesthésimètre de M. Duroy correspond à un gramme de chloroforme ; le volume de l'amylène étant à peu près moitié moindre, les quantités employées chez ces malades furent donc de 2,25, 3, 3,25 grammes du nouvel agent.

cinq ou six minutes et présenta alors quelques phénomènes nerveux, dont nous eûmes bientôt l'explication. La malade nous avait caché qu'elle venait de déjeuner. M. Aran ne voulut pas permettre qu'on procédât à l'opération. Notre confrère nous a appris depuis que ces accidents n'avaient aucune suite. Quant à la jeune fille, bien que réveillée très-facilement, elle ne se rappelait plus le chemin de son lit, et à peine couchée, elle s'endormit d'un sommeil très-calme pendant une demi-heure.

Ces tentatives, tout en nous confirmant les résultats de nos premiers essais au moins quant à la rapidité du réveil, nous permettaient d'apprécier la valeur anesthésique réelle de l'amylène. Il nous reste à expérimenter le nouvel agent dans des opérations de longue durée. Toutefois, les faits dont nous avons été témoin nous permettent d'accepter le rang que M. Snow assigne à l'amylène dans la classe des agents anesthésiques, c'est-à-dire entre l'éther et le chloroforme.

Nous avons sous les yeux seulement le numéro de la Lancette, qui contient le compte rendu de la communication faite par M. Snow dans la séance du 10 janvier à la Société médicale de Londres. Depuis, l'auteur a rassemblé tous les faits d'inhalation avec le nouvel agent dans un Mémoire publié par le Medical Times. Nous empruntons à la Gazette hebdomadaire son analyse de la partie expérimentale de ce mémoire.

Après plusieurs expériences sur les animaux, après avoir lui-même respiré les vapeurs d'amylène, il se décida à l'employer chez l'homme. C'est le 10 novembre de l'année dernière que M. Snow appliqua l'amylène pour l'extraction des dents chez deux jeunes gens âgés de quatorze ans. N'ayant pas à sa disposition une quantité suffisante d'amylène, il ne lui a pas été permis de faire une expérience complète; néanmoins, d'après ce qu'il aviat observé chez ces deux malades, il se trouva suffisamment autorisé à continuer ses essais.

Le 4 décembre, quatre nouveaux malades ont été soumis aux inhalations d'amylène: deux hommes, une jeune femme et une jeune fille âgée de dix ans. Chez ces quatre malades l'anesthésie a été complète. Chez les deux hommes on pratiqua l'extraction de quelques dents; ils respirèrent l'amylène pendant trois minutes. La quantité de liquide employée a été d'une demi-once (poids anglais) pour chacun. Après le retour de la sensibilité, ils se trouvèrent très-bien, et quittèrent la salle six minutes après. Les deux autres malades respirèrent l'agent anesthésique pendant quatre minutes. La jeune femme, d'une constitution débile, éprouva quelques vertiges, qui disparurent après dix minutes.

Le 5 décembre, cinq malades ont été soumis de nouveaux aux vapeurs de l'amylène pour une extraction de dents.

Le 13 décembre, le nouvel agent est employé dans des cas plus graves; chez un malade, opéré par M. Fergusson pour un fongus du testicule; chez un autre, opéré par M. Bowman pour une ablation de tumeurs de la région de

l'aine; enfin, dans deux cas de section de tendons. Dans un de ces cas, il a fallu opérer de force le redressement du genou.

Le 27 décembre, M. Snow employa l'amylène chez une jeune fille de trois ans et demi, qui avait déjà été soumise à cet anesthésique le 13 du même mois. Les effets observés sont les mêmes. Cette jeune malade a respiré les vapeurs anesthésiques seulement pendant deux minutes, n'a pas donné la moindre manifestation de douleur, et s'est réveillée au moment où l'opérateur achevait la section des tendons des muscles du pied.

Le 3 janvier, M. Fergusson opéra trois malades soumis aux vapeurs d'amylène. Chez un de ces malades il s'agissait de compléter une rhinoplastie. L'inspiration dura six minutes. A partir de la troisième minute, l'anesthésie ne fit pas de progrès. On remarqua que l'amylène déterminait chez lui moins de roideur et moins de convulsions que le chloroforme, administré quelques semaines auparavant. L'opération commencée, on lui fit respirer l'amylène sur une éponge, et, malgré quelques mouvements, l'anesthésie a été complète. Pendant l'opération, il se livra à une espèce de causerie qui n'avait aucun rapport avec ce qu'on faisait autour de lui.

Le 7 janvier, l'amylène a été employé chez une jeune fille que M. Henri Lee devait amputer de la cuisse. Cette jeune malade était très-affaiblie : quelques semaines auparavant, elle avait subi la résection du genou. Son pouls battait 150 fois par minute. On jugea prudent de l'anesthésier dans un lit ; à l'amphithéâtre, on procéda à l'examen de la partie reséquée ; on l'amputa ensuite. Tout cela avait duré vingt-cinq minutes. L'anesthésie se maintint pendant tout le temps ; trois onces d'amylène avaient été employées. La jeune malade se trouva très-bien après l'opération : elle n'avait pas eu la moindre souffrance ; son pouls n'avait pas été modifié. Dans la même journée, M. Fergusson opéra trois malades anesthésiés par l'amylène : le premier, un jeune homme portant une tumeur érectile de la lèvre, opérée par la ligature ; le deuxième, un enfant de trois ans, opéré de la pierre ; le troisième, opéré d'une tumeur mélanique de la région de l'aine. Chez ces trois malades, l'anesthésie a été obtenue en deux à trois minutes ; chez deux d'entre eux, l'intelligence n'était pas complétement abolie. A demi réveillés, ils répétaient des vers vers la fin de l'opération. Les essais font un total de vingt-deux opérations.

Nous devons faire remarquer les trois onces d'amylène employées pendant l'opération de M. H. Lee ; en effet, cette quantité dépasse celle qui aurait été nécessaire pour maintenir l'insensibilité du malade pendant la même durée, avec l'éther sulfurique. Ce résultat s'explique par le peu de solubilité dans le sang des vapeurs du nouvel agent ; puis encore par la rapidité avec laquelle cette faible quantité absorbée par le poumon est ensuite exhalée, de sorte que lorsqu'il est nécessaire de maintenir l'anesthésie, il faut qu'elle soit constamment remplacée. Au contraire, la plus grande solubilité des vapeurs d'éther fait qu'une fois le système sanguin saturé, l'élimination par les voies pulmonaires étant moins prompte, la période d'insensibilité dure un temps assez considérable pour que le chirurgien ait le temps d'accomplir les opérations. On le voit, ce

sont les résultats exposés par M. Snow lui-même qui nous ont porté à émettre quelques réserves sur la portée des inhalations avec les vapeurs d'amylène appliquées aux opérations de longue durée.

La Lancette du 31 janvier contient le passage suivant sur les expériences tentées par un habile accoucheur de Londres :

M. Tyler Smith, chirurgien à l'hôpital Sainte-Marie, a expérimenté avec succès de l'amylène dans la pratique des accouchements. Il a fait respirer, à l'approche de chaque douleur, 30, 40 ou 50 gouttes d'amylène versées sur uno compresse pliée en plusieurs doubles. Constamment ces inhalations ont déterminé avec rapidité un état d'insensibilité à la douleur, les contractions utérines ne perdant rien de leur force ni de leur fréquence. Le retour de la sensibilité était presque instantané, dès que les douleurs avaient cessé et que la compresse était éloignée. Au moment de la naissance de l'enfant, l'insensibilité était aussi complète que si l'on eût fait usage du chloroforme. Le placenta fut détaché et expulsé avec rapidité, et l'utérus se contracta bien à la suite. Le pouls ne fut que peu ou point modifié, et quant à l'enfant, il était sain et vigoureux, enfin ne paraissait pas avoir été influencé le moins du monde par l'anesthésique. Comme les autres médecins ou chirurgiens que nous avons cités plus haut, M. Tyler Smith reconnait à l'amylène comparé au chloroforme l'avantage d'une action soudaine, probablement sans danger, et celui non moins important de la disparition rapide de l'insensibilité, aussitôt que l'on interrompt les inhalations. Ses seuls désavantages sont l'odeur piquante de cette substance et la nécessité d'en employer une grande quantité pour arriver à des effets anesthésiques suffisants.

Enfin M. Giraldès, chirurgien de l'hospice des Enfants Trouvés, a tenté de son côté quelques essais dont son interne, M. Luton, a rendu compte dans le dernier numéro des Archives de médecine. Voici ces faits :

Obs. I. Un petit malade, âgé de six ans environ, fut soumis à l'action de l'amylène, dans le but d'explorer plus facilement ses yeux. L'enfant respira les vapeurs d'amylène avec une répugnance évidente ; il ne manifesta aucune apparence de suffocation, il n'eut pas cette salivation abondante qu'occasionne parfois le chloroforme ; il se produisit un larmoiement subit et très-notable, comme lorsqu'on respire des vapeurs d'ammoniaque.

D'ailleurs, cet enfant réagit très-peu contre l'action de l'amylène ; en quelques instants, une minute à peine, il resta immobile ; l'insensibilité était obtenue. On cessa les aspirations ; on avait employé 5 à 6 grammes environ de la substance. L'enfant revint à lui avec la même rapidité, il ne se plaignit de rien et accepta volontiers une friandise qu'on lui offrit.

Obs. II. Il s'agit d'une petite fille de quatre ans qui présentait une réunion congénitale des quatre derniers doigts de la main gauche. M. Giraldès entreprit de séparer ces doigts à l'aide d'un instrument particulier ; il voulut d'abord obtenir l'anesthésie au moyen de l'amylène. L'appareil d'inhalation s'adaptant mal à la figure de l'enfant, on se servit simplement de compresses sur lesquelles on versa l'amylène.

L'enfant repoussa d'abord la main de l'opérateur, en disant que ça puait. Mais bientôt elle devint immobile ; le larmoiement fut aussi marqué que dans

la première expérience. Au bout de deux minutes environ, il se manifesta de la roideur et de la contracture des membres ; ce qui est en opposition avec l'assertion du docteur Snow.

Bientôt commença la résolution, et au bout de trois minutes on avait obtenu l'anesthésie. Cependant il était facile de voir que le sommeil ne ressemblait pas à celui que procure le chloroforme ; il était évidemment moins profond : l'enfant ouvrait les yeux, opérait quelques mouvements, et parlait comme en rêvant, sans pourtant manifester de la douleur pendant qu'on l'opérait. Le pouls et la respiration étaient comme à l'état normal.

Mais la substance étant très-volatile, on eut bientôt tout consommé, c'est-à-dire 20 grammes environ, au bout de huit minutes, avant que l'opération fût terminée. On eut alors recours à l'emploi du chloroforme, et il fut facile de juger combien cette substance était plus active et plus rapide dans son action. En quelques secondes, l'enfant fut plongé dans le coma et parut endormie bien plus profondément qu'auparavant. Ce sommeil se prolongea plusieurs minutes après que l'opération fut terminée ; tandis que l'enfant s'était éveillée dès qu'elle n'avait plus plus respiré des vapeurs d'amylène. L'opération avait duré douze minutes.

L'amylène dont M. Giraldès s'est servi pour ses expériences, quoique préparé par un de nos plus habiles fabricants de produits chimiques (1), n'est ni le produit découvert par M. Balard, ni celui employé par M. Snow. Au lieu d'une légère odeur de naphte qui caractérise l'amylène obtenu en faisant distiller l'alcool amylique sur le chlorure de zinc, l'échantillon fourni à M. Giraldès offrait une odeur repoussante d'urine de chat, et nous ne sommes pas étonné de trouver dans la note de M. Luton les passages suivants : « Il paraît qu'en distillant cette substance, l'un des préparateurs fut indisposé et éprouva un violent mal de tête... » Puis, en terminant son travail : « Mais c'est principalement l'odeur détestable qui gênera toujours son emploi ; cette odeur est assez pénible pour incommoder les personnes qui assistent à l'opération, et à plus forte raison doit-elle désagréablement affecter le patient. » Enfin, ce qui est plus grave, c'est que, convaincu que le produit expérimenté par M. Giraldès est le même qu'emploie M. Snow, notre jeune confrère dénature les assertions du promoteur du nouvel agent anesthésique. « La seule objection que M. Snow fasse à l'amylène, c'est son odeur, que beaucoup de personnes trouvent *détestable* et ne peuvent sup-

(1) L'amylène livré par MM. Rousseau frères est obtenu en faisant réagir l'acide sulfurique sur l'alcool amylique et en redistillant le produit. Si ce procédé est le plus simple et le moins dispendieux, il fournit un liquide qu'on ne peut songer à introduire dans la pratique de l'anesthésie. Avant que l'industrie puisse songer à trouver un procédé capable de produire le nouvel agent en quantité suffisante et à un prix modéré, il faut qu'elle livre un amylène pur et présentant l'odeur de naphte la plus faible possible.

porter. » Or, voici ce que dit notre confrère anglais : « L'odeur de l'amylène se rapproche de celle du naphte, elle est *moins* agréable que celle du chloroforme, mais *plus* que celle de l'éther. » Le fait est vrai ; les échantillons que nous a remis M. Berthé présentent une odeur de naphte si légère, que les vapeurs du nouvel agent impressionnent l'odorat d'une façon plutôt agréable que désagréable.

Le contrôle expérimental n'est pas une course au clocher, où la palme doive être à celui qui arrive le premier, et nous n'hésitons pas à dire que les essais tentés par M. Giraldès reculent la solution du problème posé par nos confrères anglais, en remettant en question jusqu'à la possibilité de faire usage du nouvel agent, alors qu'il s'agit seulement de constater ses avantages : nouvelle preuve de la nécessité de faire marcher parallèlement l'étude de l'agent pharmaceutique et celle de ses propriétés thérapeutiques!...

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Abeilles (*Empoisonnement par piqûres d'*). Le *Raccoglitore medico di fano* rapporte le fait suivant, qui est un exemple rare d'empoisonnement général, dont les symptômes se sont développés presque instantanément, à la suite de piqûres d'abeilles. Un homme âgé de trente-six ans, d'un tempérament sanguin, de formes athlétiques, et doué d'une grande force, voulut se rendre maître d'un essaim d'abeilles, comme on le fait vulgairement. Trois ou quatre abeilles le piquèrent sur le dos de la main droite ; à l'instant sa vue s'obscurcit, il perd ses forces, une sueur profuse baigne tout son corps ; la face devient extrêmement rouge ; douleur aiguë à la tête, oppression, inquiétude générale, crainte de la mort. Il est transporté sur un lit ; éruption de petites vésicules semblables à celles que produit l'ortie, le long des extrémités inférieures, avec enflure étendue ; en même temps la partie piquée est légèrement rouge. La fièvre est extrêmement intense. Une heure après, tout cet appareil morbide formidable s'était évanoui comme par enchantement. Le malade n'a pas employé d'autre remède qu'une tisane tartarisée. (*Gaz. méd.*, janvier 1857.)

Aliénation mentale (*Influence de la grossesse sur le développement de l'*). Les annales de la science renferment plusieurs exemples d'aliénation mentale développée sous l'influence d'une grossesse C'est une de ces mille formes sous lesquelles se manifestent, chez quelques femmes, les perturbations profondes qu'amène l'état de gestation dans l'économie et particulièrement dans le système nerveux. Mais il y a peu d'exemples d'une influence de ce genre aussi manifeste et aussi remarquable que celle qu'a présentée une jeune femme dont M. le docteur Legrand du Saulle a rapporté récemment l'histoire. Voici le résumé très-succinct de ce fait, qui présente plus d'un genre d'intérêt.

Il s'agit d'une jeune femme d'un tempérament lymphatico-nerveux, issue de parents pauvres, mais élevée dans d'excellents principes et pourvue d'une certaine intelligence et d'une éducation élémentaire. Mariée à dix-huit ans, toujours bien réglée, et ayant joui d'une excellente santé jusque-là, Marguerite B... (c'est le nom de cette jeune femme) eut deux couches très-heureuses, à un intervalle d'un an l'une de l'autre, pendant les trois premières années de son mariage. Devenue enceinte pour la troisième fois, elle a une grossesse pénible ; ses habitudes, ses goûts, son caractère, subissent un changement brusque. Bonne, douce, affectueuse jusque-là pour son mari, d'une conduite exemplaire et d'une moralité à toute épreu-

ve, elle se met à tenir des propos gais et même obscènes; oubliant tout devoir et toute pudeur, elle quitte le domicile conjugal, s'en va recherchant avec passion la fréquentation des hommes; et lorsque son mari cherche à la ramener, elle le maltraite, le frappe à outrance et l'accable des plus grossières injures

Sur ces entrefaites Marguerite avorte à la suite d'un accident, et perd une énorme quantité de sang. Un temps d'arrêt survient dans son état de manie, à la suite de cette crise; puis, aussitôt qu'elle est rétablie, le délire éclate de nouveau avec tant d'intensité que les mesures les plus promptes sont prises pour son transfèrement dans un asile d'aliénés. Après quarante-huit jours de soins appropriés (bains et purgatifs), elle recouvre la raison, sort parfaitement guérie et rentre chez elle où elle se montre ce qu'elle a toujours été, bonne ménagère et excellente mère de famille.

Elle devient enceinte pour la quatrième fois; il ne se manifeste, cette fois, aucun trouble dans les facultés mentales, point de perversion dans les sentiments affectifs. Elle accouche à terme d'une petite fille qu'elle allaite pendant onze mois. Mais à peine a-t-elle sevré qu'elle tombe dans un état de mélancolie avec stupeur et amaigrissement rapide. Elle rentre de nouveau dans l'asile; mais il n'y a même plus chez elle cette fois quelques lueurs d'une raison vacillante. Toutes les fonctions de l'entendement sont suspendues, elle est plongée dans une stupeur apathique; son regard est fixe et sans expression; d'une immobilité automatique, elle ne profère pas un mot, ne fait aucun geste expressif, et montre l'indifférence la plus absolue pour toutes sortes d'aliments. Pendant cet état, elle est en proie à des hallucinations dont elle raconte plus tard le sujet, lorsqu'elle est revenue à un meilleur état. En effet, sous l'influence d'un traitement énergique, consistant en une alimentation très-substantielle, une médication tonique, des bains alcalins et sulfureux, etc., elle était entrée dans une voie d'amélioration telle qu'on allait lui signer sa sortie, lorsqu'une hémoptysie des plus graves survint et fut bientôt suivie du développement d'une phthisie tuberculeuse à marche rapide, à laquelle la malade ne tarda pas à succomber.

On peut voir dans cette observation un exemple remarquable de la double influence de la grossesse et de l'allaitement sur le développement de l'aliénation mentale, et peut-être pourrait-on ajouter aussi sur le développement de la phthisie tuberculense qui a terminé la scène. (*Gaz. des hôpit.*, janvier 1857.)

Armoise *commune (Sur les propriétés médicales de l')*. M. le professeur Anke, de Moscou, a publié dernièrement un mémoire dans lequel il cherche à rappeler l'attention sur cette plante un peu oubliée aujourd'hui, ou du moins reléguée dans la pratique la plus vulgaire. M. Anke rappelle cependant des propriétés médicales de l'armoise qui ne sont pas à dédaigner. Dans l'épilepsie, par exemple, elle peut même amener la guérison en très-peu de temps, mais surtout dans les cas récents, et en particulier dans l'épilepsie qui se montre chez les femmes à l'époque de la puberté ou lorsque cette maladie se lie à une aménorrhée ou à une dysménorrhée. Dans la chorée et l'éclampsie des enfants, elle est aussi très-utile, aussi bien que dans diverses autres affections utérines, dysménorrhée et aménorrhée, partielle ou complète, dépendant de l'éréthisme du système nerveux. D'après M. Anke, l'armoise est aussi un excellent ecbolique. Ce médecin donne la racine en poudre dans l'épilepsie et l'infusion dans les affections utérines, à la dose de 4 à 60 gram.; jusqu'à 180 gram. en infusion; il emploie aussi l'extrait éthéré dans les convulsions de l'enfance. (*Schmidt's Jahrb.*, B. 90, s. 202.)

Cancer *du sein (De l'influence de l'opération sur la durée de la vie des femmes dans le cas de)*. La discussion qui a eu lieu, il y a quelque temps, à l'Académie de médecine a montré toute la divergence d'opinions qui existe entre les chirurgiens au sujet de l'utilité de l'opération dans le cas de cancers extérieurs. Placés entre les convictions de leur éducation et la rigueur impitoyable de l'expérience acquise, ils ont, pour la plupart, mal dissimulé leurs incertitudes, et ceux même qui ont parlé le plus franchement en faveur de l'opération, M. le professeur Velpeau, par exemple, n'ont pu rapporter qu'un bien petit nombre de faits concluants relativement à l'utilité de l'intervention chirurgicale. Il semblerait donc que l'opération tend à perdre du terrain dans le traitement des cancers extérieurs. Serait-il donc vrai

que les malades n'aient rien à gagner à l'opération? On comprend que cette question est assez difficile à résoudre; mais ne pourrait-on pas y réussir en suivant les malades après l'opération ou à partir du moment où ils sont venus consulter le chirurgien, dans les cas où ils n'ont pas été opérés, et en tenant compte du nombre de mois ou d'années qu'il leur reste à vivre?

M. Paget, qui avait déjà fait des recherches dans ce sens, il y a quelques années, et qui avait paru d'abord convaincu de l'inutilité de l'opération, revient aujourd'hui sur son opinion, et énumérant 139 cas de cancer de la mamelle, il arrive à cette conclusion que, sur 75 femmes non soumises à l'opération, la durée moyenne de la vie, à partir de la première observation de la maladie, a été de 48 mois, tandis que, sur 64 femmes qui ont été opérées et qui ont survécu aux suites immédiates de l'opération, la durée moyenne de la vie a été de plus de 52 mois; cependant, dans le premier groupe, la plus longue durée de la vie a été de 216 mois, et la plus courte de 7 mois, tandis que, dans le second, la plus longue durée de la vie a été de 146 mois, et la plus courte de 7 mois et demi.

Ce qu'il y a de remarquable cependant dans cette statistique de M. Paget, c'est la très-grande mortalité de la première et surtout de la deuxième année chez les femmes qui n'ont pas été opérées : de celles-ci, il en meurt 8 pour 100 dans la première année et 22,6 pour 100 dans la deuxième, tandis qu'après l'opération terminée, la mortalité n'est que de 4,7 pour 100 dans la première année et de 6, 25 pour 100 dans la deuxième; mais, dans la troisième, la proportion est presque semblable des deux côtés : 21,8 pour 100 après l'opération, 24 pour 100 sans opération; et, dans les trois années suivantes, la proportion augmente chez les opérées : 14 pour 100 dans la quatrième année, 20 pour 100 dans la cinquième, 11 pour 100 dans la sixième, tandis que, sans opération, la mortalité n'est que de 9,37 pour 100 dans la quatrième année, de 9,3 pour 100 dans la cinquième, et de 5,3 pour 100 dans la sixième.

Il est donc consolant de penser que cette masse de souffrances que l'opération impose aux malades n'est pas toujours sans compensation pour elles, et que ces opérations sanglantes, que les chirurgiens font depuis tant de siècles, ne sont pas un affront fait à l'humanité. Malheureusement, ce qui tend à rétablir la balance, c'est la mortalité même qui suit l'opération; ainsi la mortalité, par rapport aux cancers opérables, donne, dans le cas d'opération, un rapport de 11 pour 100 à 30 pour 100, chiffre relatif aux cas non opérés; cette différence est presque rachetée par les dangers de l'opération, qui ne donne pas moins de 10 décès sur 100 opérations. (*The Lancet*, janvier 1857.)

Corps étranger (*pièce de monnaie de cuivre*) *arrêté profondément dans l'œsophage; extraction à l'aide du crochet à bascule de Graeff.* Nous avons, dans le temps, appelé l'attention de nos lecteurs sur les bons services que peut rendre, dans beaucoup de circonstances, le crochet à bascule de Graeff, pour l'extraction des corps étrangers introduits dans l'œsophage (V. le *Bulletin*, t. XXXIX, p. 115). Voici un nouvel exemple de l'efficacité de cet instrument :

Un jeune homme de dix-huit ans, étant à la chasse, jouait avec une pièce de cuivre de cinq baioques (monnaie italienne) qu'il tenait entre les dents, moitié au dehors et moitié en dedans de la bouche, pendant qu'il guettait le passage des pinsons. L'occasion de prendre sa proie s'étant offerte, il tira vivement à lui le filet, et, dans le rapide mouvement d'inclinaison en arrière qu'il imprima au tronc, la pièce de monnaie s'échappa des dents, tomba par son propre poids dans l'isthme du gosier, et par un mouvement instinctif de déglutition, fut poussée dans le pharynx et de là dans l'œsophage. Quelques gouttes de sang par la bouche, de fréquents efforts de vomissements, alternant avec des mouvements convulsifs de déglutition et une respiration croupale, forcèrent ce jeune homme à venir demander les secours de la chirurgie.

La pièce de monnaie était restée à la partie supérieure de l'œsophage; le chirurgien appelé, espérant pouvoir la chasser facilement dans l'estomac, s'arrêta au procédé de la propulsion, et, avec une bougie en cire, il poussa le corps étranger jusqu'au cardia; de là il lui fut impossible de le faire passer dans l'estomac, si bien qu'un sillon imprimé à l'extrémité de la bougie qui appuyait sur le bord supérieur du sou attestait la vigueur employée dans les tentatives infructueuses de propulsion. Néanmoins, il en résulta un soulagement, spécialement sous le rapport de la facilité de la respiration.

M. Malagodi regarda l'insuccès de la tentative de propulsion comme une chose heureuse. Il pensa qu'il était urgent d'extraire ce corps étranger par la bouche, à l'aide d'un instrument propre à parcourir toute la longueur de l'œsophage, à dépasser le bord inférieur de la pièce de monnaie, qui, selon toutes les probabilités, pouvait être arrêtée à l'orifice cardiaque de l'estomac, à la prendre et à l'amener au dehors. M. Malagodi choisit l'instrument de Graeff, dit *crochet à bascule*. qu'il savait avoir réussi entre les mains de plusieurs chirurgiens. L'instrument de Graeff fut donc introduit de la manière ordinaire; arrivé sur la pièce de monnaie, il dut être poussé avec une certaine force pour dépasser le corps étranger. Le chirurgien le retirant alors, trouva la monnaie prise dans le crochet, et d'une manière si favorable, que l'extraction réussit du premier coup et sans le moindre obstacle. Aucun accident fâcheux ne suivit ce manuel opératoire; le malade put retourner dans son pays le jour qui suivit l'opération. *Il Raccogl. medi. di fano* et *Gaz. med.*, janv. 1857.)

Incontinence *nocturne d'urine. Son traitement par l'exercice réglé de la fonction.* Le principe du traitement conseillé par le docteur Schwanduer est l'exercice musculaire. Il a remarqué, dit-il, que les enfants affectés d'incontinence éprouvent et satisfont souvent le besoin d'uriner; il en résulte que la vessie se rappetisse et perd son élasticité. Il conseille donc de faire retenir l'urine aussi longtemps que possible, afin que ce liquide distende de plus en plus les parois de la poche urinaire; les muscles se fortifient de cette manière, et s'habituent, en quelque sorte, à résister à la pression du liquide. A l'appui de cette manière de voir, l'auteur relate trois observations d'incontinence guérie par cette méthode. La première observation concerne un enfant de douze ans affecté d'incontinence depuis ses premières années. Il guérit complétement dans l'espace de deux mois, sans aucun médicament. Dans le second cas, la guérison n'eut lieu qu'au bout de huit mois, parce que l'enfant, âgé seulement de huit ans, n'observait pas strictement les règles qu'on lui avait prescrites. Le sujet de la troisième observation est une robuste jeune fille de dix-sept ans, réglée depuis un an; l'incontinence durait depuis la première enfance, sans rêve et sans qu'elle en eût conscience. Des nombreux moyens employés, un seul parut apporter quelque amélioration, c'est l'emploi des courants électriques mis en jeu pendant vingt-deux jours consécutifs, mais la cure fut de courte durée. L'auteur ayant remarqué que la miction avait lieu toutes les deux heures pendant le jour, et que souvent la quantité d'urine ne dépassait pas une once, il conseilla à la malade de s'exercer à retenir son urine le plus qu'elle pourrait. Au début, ce fut difficile, ce n'était qu'en restant assise qu'elle pouvait résister au besoin d'uriner; la sternutation, la marche, la toux déterminaient aussitôt la sortie du liquide. Au bout d'un mois d'exercice persévérant, on remarqua de l'amélioration; six semaines plus tard, l'incontinence était à peu près guéric. — Ces faits du docteur Schwandner montrent seulement l'importance des facteurs hygiéniques dans le traitement de certaines maladies, et alors même qu'on prescrira des agents pharmaceutiques, les praticiens feront bien de recommander à leurs petits malades de résister le plus possible, pendant la journée, au besoin d'uriner. La guérison de l'incontinence nocturne est un résultat assez difficile à obtenir pour qu'on mette en œuvre toutes les ressources consacrées par l'expérience. (*Mediz. corresp. Blatt* et *Gaz. méd.*, février 1857.)

Kystes ovariques *guéris spontanément ou sous l'influence d'un traitement médical*. Dans la discussion qui a lieu en ce moment à l'Académie de médecine, sur le traitement des kystes ovariques, plusieurs praticiens éminents ont contesté l'efficacité des moyens de traitement médicaux dans les kystes de l'ovaire, et même jusqu'à l'utilité de l'intervention de la thérapeutique. Quelques faits cependant ont été produits depuis, soit dans le sein de l'Académie, soit au dehors, qui porteraient à faire considérer cette proposition comme beaucoup trop absolue et les agents thérapeutiques comme pouvant, dans quelques circonstances, concourir d'une manière utile à la guérison de cette affection. On a rapporté plusieurs exemples de guérison spontanée par rupture du kyste, à laquelle peut-être les moyens médicaux employés n'avaient pas été tout à fait étrangers.

Voici, entre autres, un fait qui, s'il n'est pas entièrement probant en faveur de l'intervention médicale, mérite du moins d'être pris en considé-

ration pour l'appréciation de la part qui peut revenir à cette intervention dans la guérison de ces kystes.

M. Camille Lauwers fut appelé auprès d'une femme d'Helluin, chez laquelle une accoucheuse avait cru avoir affaire à une grossesse double peu normale. A son arrivée, un enfant était né d'une manière naturelle, et la matrice, complétement vidée, était revenué sur elle-même ; à gauche de cet organe, dans la fosse iliaque, et s'élevant jusqu'au niveau de l'ombilic, se trouvait une tumeur volumineuse, inégale ; c'est cette tumeur qui avait été prise pour un second enfant. Un examen plus rigoureux fit reconnaître bientôt qu'il s'agissait d'une agglomération de trois kystes, dont le plus grand avait environ le volume d'une tête d'adulte ; le plus petit, allongé en forme de boudin, ressemblait, pour la forme et le volume, à un membre de fœtus. Ces kystes semblaient naître d'un même point, au fond du grand bassin, où ils adhéraient à un support commun ; dans tout le reste de leur étendue ils étaient flottants et parfaitements libres. La disposition de ces kystes, leur mobilité et l'extrême amincissement et laxité des parois abdominales permirent de s'assurer, par transparence, que le contenu était un liquide séreux, clair et incolore.

M. Lauwers jugea que, pour le moment, il n'y avait rien à faire. Mais, quelques mois après, les tumeurs ayant acquis un volume tel que l'abdomen en était distendu uniformément comme dans une ascite considérable et qu'il en résultait déjà une gêne notable de la respiration, ce médecin crut devoir agir. Pour commencer, il institua la médication pharmaceutique suivante :

1° Pr. Iodure de potassium.. 15 gr.
Eau commune........ 250 gr.

Mêlez. — 3 cuillerées par jour, avec les repas, de manière à n'épuiser la potion qu'en une semaine.

2° Pr. Axonge.................. 32 gr.
Iodure de potassium, iode, de chaque.............. 4 gr.

Mêlez. — Pommade pour oindre tout le ventre deux fois par jour, assez copieusement pour colorer la peau fortement en jaune.

Le surlendemain il s'était effectué un changement considérable dans l'état de la malade et qui fut de nature à inspirer des craintes sérieuses. M. Lauwers la trouva avec le facies des cholériques, les extrémités froides, légèrement cyanosées, le pouls petit et fréquent, la respiration laborieuse. Elle avait des vomissements porracés et séreux très-abondants ; point de selles ; urines normales et copieuses. Le ventre, la région épigastrique surtout, étaient douloureux, mais il avait perdu beaucoup de sa tension et de son volume.

Les médicaments dont on avait fait usage depuis l'avant-veille furent supprimés et remplacés : le premier par de l'eau froide et quelques tranches d'orange, le second par des onctions mercurielles et des cataplasmes émollients.

Les jours suivants les vomissements diminuèrent pour se supprimer bientôt; les douleurs de ventre se calmèrent rapidement. Cependant la résorption du liquide des kystes continua jusqu'à sa complète disparition. Alors on sentit dans la fosse iliaque gauche plusieurs masses solides bosselées, assez consistantes, mais dont la malade, qui avait repris insensiblement son régime et ses occupations ordinaires, ne ressentit aucun inconvénient. Ce résultat fut obtenu en moins de quinze jours.

Bien qu'à la rigueur on puisse se demander si la guérison n'a pas été le résultat ici d'une ouverture spontanée du kyste et qu'on puisse se demander jusqu'à quel point cette ouverture spontanée n'est pas indépendante de la médication qui a été mise en usage, nous croyons cependant, ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut, qu'il faut tenir compte de ce fait, qui pourrait acquérir une plus grande valeur en le rapprochant de quelques autres analogues déjà connus dans la science. (*Ann. méd. de la Flandre occid.* et *Gaz. hebd.*, janvier 1857.)

Opérations (*Excellente manière de prévenir les craintes et les appréhensions des malades au sujet des*). L'emploi du chloroforme a sans doute dissipé une grande partie des terreurs que réveille toujours dans l'âme des malades la crainte d'une opération : il n'en est pas moins vrai que bien peu de personnes ont assez de force de caractère pour ne pas redouter le moment où l'opération doit être faite et que la fixation, la détermination de ce moment placent souvent les malades dans une telle situation d'inquiétude et d'anxiété qu'elle est bien de nature à compromettre le succès. M. Diday a fait connaître dernièrement une pra-

tique qui est suivie à l'hôpital militaire de Bordeaux; et qui utilise les inhalations dites d'essai au profit du malade et de l'opérateur, en trompant le premier sur l'époque à laquelle doit être faite l'opération. S'agit-il, dit M. Diday, d'une opération importante, de l'amputation d'un membre, par exemple, l'époque est laissée indéterminée et on cherche, autant que possible, à faire oublier au malade la triste nécessité du sacrifice qu'il doit subir. Mais un matin, le chirurgien de garde, en faisant sa ronde, dit au pauvre diable que, devant être opéré, il doit s'habituer à l'odeur du chloroforme et apprendre à le respirer, le malade, sans défiance, respire ces vapeurs léthargiques et tombe bientôt dans une anesthésie complète. On le transporte alors dans la salle d'opérations, où tout est préparé à l'avance et où tout le monde est à son poste. L'opération est faite; et le patient se réveille, ravi que tout soit terminé et qu'on lui ait évité les terreurs et les angoisses de l'attente. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

Rétrécissement *du rectum consécutif à la ligature d'hémorrhoïdes internes.* C'est surtout lorsqu'on fait subir des pertes de substance aux parties qui avoisinent les ouvertures naturelles pourvues d'anneaux contractiles qu'on peut être exposé à voir survenir des rétrécissements très-considérables et même mortels. Nous en trouvons la preuve dans un fait communiqué à la Société médicale de Londres et recueilli par M. Canton, chez une femme de quarante-trois ans, qui, à la suite d'une ligature portée sur des hémorrhoïdes internes, avait commencé à souffrir de constipation et de douleurs dans le ventre. La constipation continua et devint de plus en plus rebelle, et après deux années de souffrances, la malade succombait à une rétention de matières fécales. Or, le rétrécissement situé à portée du doigt et dans lequel on ne put découvrir aucune trace de cancer, était le résultat d'une condensation et d'une rétraction générale des parois de l'intestin. — Quelle peut avoir été au juste la part de la ligature dans ces rétrécissements? C'est ce qu'il nous serait difficile de résoudre d'une manière positive, du moins en ce qui touche l'étendue acquise par le rétrécissement, mais nous n'en maintenons pas moins la gravité possible des pertes de substance éprouvées par les tissus au voisinage des ouvertures contractiles. (*The Lancet*, 1856.)

Trachéotomie *pratiquée avec succès dans un cas de croup consécutif à une rougeole.* L'extrême rareté des succès dans les cas de trachéotomie pratiquée chez les jeunes enfants nous engage à faire connaître le fait suivant, d'autant plus qu'il est en opposition formelle avec ce précepte posé par M. Trousseau, de s'abstenir de la trachéotomie dans le croup qui suit la rougeole, parce qu'elle ne réussit jamais. L'enfant chez qui la trachéotomie a été pratiquée dans ces circonstances était un petit garçon de deux ans et demi, qui était à peine rétabli de la rougeole, lorsque, le 22 juillet dernier, il fut pris, dans la matinée, d'enrouement, d'un peu de toux, et dans l'après-midi d'un violent accès de suffocation, avec coloration violacée des lèvres et pâleur de la face, inspiration bruyante et respiration sifflante. Les antimoniaux lui furent administrés; mais le vomissement ne fut suivi d'aucune amélioration, et, dans la soirée, les accidents avaient beaucoup marché; la respiration n'avait plus lieu qu'à de longs intervalles, le pouls était presque imperceptible, l'insensibilité à peu près complète. M. Edwards pratiqua immédiatement la trachéotomie, qui ne présenta presque aucune difficulté. A peine la trachée fut-elle ouverte que le pouls recommença à paraître, à la radiale et que l'enfant parut sentir la douleur de l'opération; il ne tarda pas cependant à s'endormir. M. Edwards n'ayant point de canule sur lui avait placé dans la trachée un morceau d'un tube de gomme élastique n° 10; pour ranimer l'enfant, il avait prescrit un peu d'eau-de-vie dans de l'eau tous les quarts d'heure, et du thé de bœuf à la suite. A une heure du matin, la respiration paraissait parfaitement libre; cependant, dès qu'on bouchait l'ouverture extérieure de la sonde, le bruit trachéal reparaissait. Le lendemain, M. Edwards chercha, avec une éponge portée dans la gorge, à débarrasser celle-ci et le larynx des fausses membranes et du mucus qui en obstruaient la lumière, et craignant de propager l'inflammation à la trachée par la présence de la sonde, il la retira. Cette pratique n'eut pas de bons résultats; car, dans la soirée, la face, le cou, la poitrine et les bras étaient devenus emphysémateux; ce qui nécessita un nouvel élargissement de la plaie. Les toniques furent repris, et vers neuf heures

du matin; le pouls était plus fort, l'expectoration plus facile et plus vigoureuse; mais trois heures après, il y eut une suspension brusque de la respiration, qui fit croire que l'enfant était mort; cependant, en portant un stylet dans la trachée, pour la débarrasser des obstacles qui pouvaient y être accumulés, en comprimant les parois de la poitrine comme dans la respiration artificielle, M. Edwards réussit à faire expulser par la plaie des bouchons de mucus et des débris de fausses membranes, au milieu d'un mucus légèrement écumeux. Dès ce moment la respiration se rétablit, et à part une pneumonie, qui suivit sa marche en quelques jours, aucun accident ne vint entraver la guérison. Quinze jours après l'opération, le petit malade, quoique faible, était très-bien portant, et en trois semaines la plaie était cicatrisée. — On comprend qu'en rapportant le fait qui précède, nous n'avons nullement l'intention de donner comme un exemple à suivre la conduite tenue par le médecin anglais. Avoir retiré la sonde le lendemain de l'opération, alors que rien ne démontrait le rétablissement complet de la liberté des voies aériennes, est une pratique injustifiable, et d'où ont découlé toutes les conséquences fâcheuses qui ont failli coûter la vie au petit malade; mais le fait n'en reste pas moins intéressant en ce qu'il établit la possibilité de la guérison, même dans les circonstances les moins favorables. (*Edimb. Med. Journal*, 1856.)

VARIÉTÉS.

ENQUÊTE SUR LA VALEUR HYGIÉNIQUE DE LA VACCINATION.

Le système de la vaccination obligatoire aussi en Angleterre est sur le point d'être l'objet d'une révision législative. Une commission nommée par la Chambre des communes va être appelée à s'occuper de ce service; ce serait méconnaître les tendances de ces commissions que de ne pas voir celle-ci mettre en question la valeur prophylactique de la vaccine. Dans la prévision d'une enquête, M. le docteur J. Simon, médecin principal du *Board of health*, vient d'adresser aux médecins les plus distingués de tous les pays où la vaccine a pris le plus de développements une série de questions, afin, le moment venu, de pouvoir mettre sous les yeux de la commission l'opinion générale des hommes qui seuls peuvent faire autorité en semblable matière. La France ne pouvait être oubliée, et par la valeur scientifique des hommes placés en tête du corps médical, et surtout parce que c'est en ce pays que la vaccination a été attaquée. M. le professeur Alquié, consulté, a eu l'excellente pensée d'insérer ses réponses dans le journal qu'il rédige, les Annales cliniques de Montpellier; nous nous empressons de prêter notre publicité aux réponses de notre savant confrère.

Première question. — « Il est généralement admis que les individus vaccinés sont, pour la plupart, à l'abri d'attaques de petite vérole; et qu'alors même qu'ils contractent cette dernière maladie, ils succombent fort rarement. Avez-vous des doutes sur la réalité de cette immunité ?

Réponse. — D'après tout ce que j'ai vu, et suivant le sentiment presque unanime des médecins du midi de la France, je ne saurais mettre en doute l'immunité ordinaire dont jouissent les individus vaccinés à l'égard de l'affection variolique. Ils sont, pour la plupart, à l'abri des atteintes de la petite vérole. Ainsi, il m'a paru que les quatre cinquièmes environ des sujets vaccinés ne contractent pas la variole. Rarement cette affection exanthématique se déclare chez les enfants vaccinés depuis peu d'années; le plus souvent ce sont les adolescents ou les adultes qui m'ont offert le développement de la variole. Ce résultat de l'observation, et les revaccinations que j'ai pratiquées avec succès sur des individus de cette dernière catégorie, me conduisent à attester l'utilité de la

revaccination des adolescents ou des adultes, surtout au moment où une épidémie de variole grave règne dans les contrées voisines, ou commence à envahir celle où le praticien exerce. De ces remarques, il me semble résulter que l'influence préservatrice de la vaccine diminue avec les années, et que le virus vaccin perd de sa vertu à travers les générations. De là l'utilité de reprendre de temps en temps ce virus à sa source première.

Alors même qu'ils contractent la variole, les individus vaccinés succombent fort rarement. Toutefois, il me semble nécessaire de faire à cet égard une distinction. Durant des épidémies *meurtrières* ou *malignes* de variole survenues en des villages de nos contrées, les personnes depuis longtemps vaccinées ont fourni un certain nombre de victimes au fléau. Il en a été très-rarement ainsi pendant l'évolution sporadique et saisonnière de la variole. La plupart des sujets vaccinés ont été épargnés, et ceux qui en ont été affectés m'ont présenté des cas presque toujours bénins : des varioloïdes, des varicelles, des varioles discrètes. Lors même que la variole se montrait confluente, elle n'en épargnait pas moins alors la vie de ces sujets. La vaccine possède donc une vertu incontestable.

Deuxième question. — « Avez-vous lieu de penser ou de soupçonner que la vaccination, en diminuant, d'une part, la suceptibilité de prendre la petite vérole, augmente, de l'autre, la disposition aux attaques de fièvre typhoïde, de toute autre maladie contagieuse, ou aux atteintes des scrofules et de la phthisie pulmonaire ? »

Réponse. — Je ne saurais admettre l'antagonisme que certains médecins ont voulu établir entre la variole d'une part et la fièvre typhoïde, les scrofules, la phthisie pulmonaire et plusieurs autres maladies de l'autre. L'expérience et l'observation me semblent condamner une pareille hypothèse. La plupart des maladies dont on voudrait faire les antagonistes de la variole existaient bien longtemps avant celle-ci. Pour avoir revêtu assez récemment le nom de fièvre typhoïde, la fièvre maligne n'en est pas moins une affection fort ancienne. Les mauvaises conditions de l'hygiène et les diverses causes débilitantes qui engendrent si fréquemment les scrofules, la phthisie pulmonaire ; les émanations putrides si favorables à la fièvre maligne, sont indifférentes à la formation de la variole, qui possède un virus spécifique que l'on cherche vainement dans la pathogénie de ses prétendus antagonismes. La marche du mal, le siége des altérations organiques, la méthode de traitement, les indications et les moyens thérapeutiques le mieux appropriés, fournissent tout autant de caractères trop différents pour assimiler la variole aux autres affections morbides.

Troisième question. — « Seriez-vous fondé à croire, ou seriez-vous disposé à penser que la lymphe, empruntée à une pustule indubitablement vaccinale, ait jamais transmis à l'individu vacciné, soit la syphilis, les scrofules, ou quelque autre maladie ? et seriez-vous tenté d'admettre qu'un praticien, exerçant légalement, ait pu accidentellement implanter par la piqûre vaccinale une maladie autre que l'affection protectrice qui résulte d'une vaccination bien faite ?»

Réponse. — La spécificité du virus étant, selon moi, un fait incontestable, il ne me paraît pas possible que le vaccin puisse transmettre une maladie autre que la vaccine. Ainsi, les virus variolique, syphilitique, etc., ne pourraient communiquer des affections différentes de celles d'où ils proviennent. La transformation des natures morbides les unes dans les autres me paraît dénuée de réalité. Je ne saurais donc admettre que la lymphe empruntée à une pustule indubitablement vaccinale puisse donner à l'individu vacciné, non la vaccine,

mais la syphilis, les scrofules ou quelque autre maladie. Toutefois, l'association et la complication des affections morbides sont aussi un fait journellement démontré dans la pratique. La scrofule se complique assez souvent de syphilis qui se montre en même temps que le rhumatisme, les dartres, etc., chez certains autres individus. Il se pourrait donc que le virus vaccin emprunté à un sujet entaché d'affection syphilitique ou de telle autre affection *spécifique* communiquât en même temps deux lésions morbides. Cette conclusion est basée sur des principes qui me paraissent fondés, mais dont il ne m'a pas été donné de faire la vérification directe. Néanmoins, il ne me paraît pas plausible de croire qu'un véritable praticien ait pu accidentellement implanter par la piqûre vaccinale une maladie *autre* que l'affection protectrice qui résulte d'une vaccination bien faite.

Quatrième question. — « Pensez-vous qu'il soit avantageux, en faisant des réserves pour certains cas exceptionnels, de rendre la vaccination universelle, et de la pratiquer dans les premiers mois de l'existence, en supposant cependant qu'il y ait garantie sous le point de vue de la compétence de l'opérateur? »

Réponse. — La vaccine est une maladie tellement innocente par elle-même, l'influence avantageuse qu'elle exerce sur l'homme est si manifeste dans la plupart des cas, qu'il me paraît, sauf en de rares exceptions, non seulement sans inconvénient, mais encore fort utile de la pratiquer chez tous les sujets. La première enfance et surtout la première année après la naissance est l'époque la plus convenable pour la vacciuation; la compétence de l'opérateur et les diverses précautions d'usage sont nécessairement supposées. Prof. ALQUIÉ.

— Les opinions émises par l'honorable professeur de Montpellier sont celles de la généralité des médecins français; elles nous paraissent erronées en un seul point, celui dans lequel M. Alquié dit : « Il se pourrait que le virus vaccin emprunté à un sujet entaché d'affection syphilitique ou telle autre affection *spécifique* communiquât en même temps deux lésions morbides. » Cette conclusion peut être basée sur des principes, mais la vérification directe que notre savant confrère n'a pu faire a été tentée par d'autres, et nous avons eu l'occasion d'en rappeler les résultats à propos de l'étrange procès intenté à un médecin allemand. (*Bull. de Thérap.*, t. XLIX, p. 83.)

Du reste, nous aurons prochainement l'occasion de revenir sur ces questions de doctrine que soulève la vaccination. M. Sédillot, auquel le directeur du Bureau de la Santé de Londres a adressé une demande semblable, afin de donner plus de poids à ses réponses, a prié la Société médicale de Strasbourg de mettre ces questions à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Innocuité de l'hydrogène sulfuré introduit dans les voies digestives; cause de cette innocuité démontrée par l'expérience.

Personne n'ignore que l'hydrogène sulfuré, absorbé par les voies respiratoires, est un agent éminemment toxique. L'observation a démontré qu'il agit autrement lorsque ce gaz est introduit dans les voies digestives, ainsi qu'on le voit tous les jours chez les personnes qui boivent des eaux sulfureuses.

Quelle est la raison de cette différence entre les résultats produits par le même gaz? Ne serait-il pas absorbé par les membranes du tube digestif? Ou faut-il chercher une autre explication? M. Cl. Bernard, dans une très-intéressante communication faite à la Société de biologie, a élucidé cette question.

La condition nécessaire pour qu'une substance toxique exerce une action délétère sur l'économie, c'est que cette substance arrive dans le système artériel qui la porte dans la profondeur des tissus, où se passent, en définitive, toutes les actions physiologiques et toxiques.

Si la substance s'élimine avant d'arriver dans le système artériel, tant qu'elle est encore dans le système veineux, quel qu'ait été d'ailleurs le lieu d'absorption, on n'observe aucun phénomène d'empoisonnement.

Si le gaz hydrogène sulfuré est introduit dans les poumons, soit par voie d'inspiration, soit injecté sous forme de dissolution, il passe directement dans le sang artérialisé des veines pulmonaires, et l'action toxique se manifeste. S'il est introduit dans l'estomac, ou par le rectum dans l'intestin, il est absorbé par les radicules de la veine porte, passe de là dans la veine cave, puis dans le cœur droit, dans l'artère pulmonaire qui le conduit aux poumons, où il s'exhale, en totalité ou en partie, sans qu'il puisse pénétrer dans le sang rouge ; alors il n'y a pas d'empoisonnement.

M. Cl. Bernard fait l'expérience suivante devant la Société. Il introduit une petite quantité d'eau saturée d'hydrogène sulfuré dans le gros intestin d'un chien à l'aide d'une seringue. Au bout de quelques instants, il place devant les narines du chien un papier imbibé d'une solution d'acétate de plomb, et l'on voit ce papier noircir. Il se forme du sulfure de plomb par le contact de l'air expiré par l'animal et de l'acétate de plomb. Le chien exhale donc par les poumons l'hydrogène sulfuré introduit dans le gros intestin ; d'ailleurs il ne paraît éprouver aucun malaise. M. Cl. Bernard fait remarquer qu'on pourrait se servir de ce moyen pour mesurer la rapidité de l'absorption et du transport d'une substance absorbée aux poumons.

Prix de médecine et de chirurgie fondés par Montyon. — La Commission de l'Académie des sciences nommée pour examiner les ouvrages et mémoires envoyés pour ce concours a décerné les récompenses suivantes :

Un prix de 2,000 fr. à M. Simpson, qui, après les belles expériences de M. Flourens, a introduit l'anesthésie par le chloroforme dans la pratique chirurgicale et dans celle des accouchements.

Un prix de 2,000 fr. à M. Malgaigne pour son grand ouvrage sur les fractures et les luxations.

Un prix de 2,000 fr. à M. Jules Guérin pour avoir généralisé la méthode sous-cutanée.

Une récompense de 1,200 fr. à M. Stelling pour ses recherches anatomiques microscopiques sur le pont de Varole, la moelle allongée et la moelle épinière.

Une récompense de 1,000 fr. à M. Eugène Renault, directeur de l'École vétérinaire d'Alfort, pour ses nombreuses expériences sur plusieurs maladies contagieuses, telles que la morve, la clavelée, la rage.

Une récompense de 1,000 fr. à M. Filhol, professeur à Toulouse, pour diverses observations chimiques contenues dans son ouvrage sur les eaux médicales des Pyrénées.

Une récompense de 1,000 fr. à M. Galtier pour diverses observations de chimie toxicologique contenues dans son Traité de toxicologie.

Une récompense de 1,000 fr. à M. Middeldorpff pour l'emploi du courant électrique comme moyen chirurgical de cautérisation.

Une récompense de 1,000 fr. à M. Brown-Séquard, pour ses observations sur le résultat des lésions de la moelle épinière chez les mammifères.

Une récompense de 1,000 fr. à M. Ch. Robin, pour la découverte et la description d'un tissu accidentel ayant une structure d'apparence glanduleuse et se développant chez l'homme, dans des parties du corps dépourvues de glandes.

Une récompense de 1,000 fr. à M. Boinet, pour ses recherches et ses expériences sur la valeur des injections iodées dans le traitement des kystes de l'ovaire.

Une récompense de 1,000 fr. à M. Guillon, pour son procédé de dilatation des rétrécissements de l'urètre à l'aide de bougies olivaires en baleine ou en gomme élastique.

Un encouragement de 800 fr. à M. Faure, pour ses recherches expérimentales sur l'asphyxie, et particulièrement sur l'anesthésie, qui en est la conséquence.

Un encouragement de 800 fr. à M. Colombe, pour avoir démontré la possibilité de changer avantageusement, dans certains cas, la position vicieuse du fœtus pendant l'accouchement.

Un encouragement de 700 fr. à M. Hiffelsheim, pour ses recherches et ses expériences sur les mouvements du cœur chez les animaux.

Un encouragement de 700 fr. à M. Philippeaux (de Lyon), pour avoir étudié, à des points de vue nouveaux, l'action variée des différents caustiques appliqués aux opérations de la chirurgie.

Un encouragement de 600 fr. à M. Legendre, pour avoir donné les préparations et les figures d'un grand nombre de coupes faites sur des cadavres congelés, dans le but de montrer les rapports exacts des tissus et des organes.

Un encouragement de 600 fr. chacun, à MM. Goubaux et Follin, pour avoir constaté que chez plusieurs mammifères et chez l'homme, dans les cas de cryptorchidie double, le liquide prolifique est infécond.

Un encouragement de 500 fr. à M. Godart pour avoir observé chez l'homme un certain nombre de faits semblables.

Un encouragement de 500 fr. à M. Colin, chef de service d'anatomie à l'École vétérinaire d'Alfort, pour s'être livré à des recherches expérimentales nombreuses et variées sur les animaux, dans le but d'éclairer certaines questions de physiologie.

Un encouragement de 500 fr. à M. Louis Figuier pour avoir constaté, après M. Schmitdt (de Dorpat), dans le sang de l'homme vivant, à l'état de santé, la présence du sucre dans des conditions semblables à celles qui avaient été déterminées par M. Claude Bernard chez les animaux.

Un encouragement de 500 fr. à M. Duplay pour ses recherches sur la persistance des zoospermes chez les vieillards.

Un encouragement de 500 fr. à M. Gosselin pour ses recherches et ses expériences sur l'absorption par la cornée transparente de diverses dissolutions salines mises en contact avec le globe de l'œil, et leur mixtion avec l'humeur aqueuse.

Un encouragement de 500 fr. à M. Verneuil, pour avoir décrit avec une grande exactitude les différents kystes de la région sus-hyoïdienne.

Un encouragement de 500 fr. à M. Delpech pour avoir fait connaître les accidents que développe, chez les ouvriers travaillant en caoutchouc, l'inhalation du sulfure de carbone.

La Cour de cassation a rendu, le 6 février dernier, un arrêt qui fixe la jurisprudence sur une question qui avait été jusqu'ici différemment interprétée par

les tribunaux; il s'agit du débit des médicaments par les médecins homœopathes.

Sur le pourvoi des sieurs Sicaud et autres, pharmaciens à Angoulême, contre un arrêt de la Cour impériale de Bordeaux, rendu en faveur du sieur Moreau, médecin homœopathe à Angoulême, la Cour de cassation a rendu un arrêt qui casse l'arrêt de Bordeaux, et qui décide que les médecins homœopathes n'ont pas le droit de débiter eux-mêmes leurs médicaments.

Ils doivent, aux termes des articles 25, 27 et 28 de la loi du 21 germinal an XI, dont les dispositions sont générales et absolues, se borner à prescrire par ordonnance les substances médicamenteuses qu'ils emploient; c'est seulement aux pharmaciens tenant officine ouverte qu'il appartient d'en faire la préparation.

Ils allégueraient vainement que les médicaments qu'ils débitent ont été préparés par des pharmaciens d'une ville autre que celle où ils exercent, la loi n'ayant pas permis la préparation à l'avance de substances médicamenteuses.

Nous croyons, avec M. Am. Latour, qu'il y a erreur de rédaction dans ce dernier paragraphe, emprunté à un journal judiciaire. La Cour de cassation n'a pu dire que la loi n'a pas permis la préparation *à l'avance* de substances médicamenteuses, car la longue série des médicaments dits *officinaux* serait frappée d'illégalité. Mais les motifs puisés dans les articles cités de la loi de germinal suffisent pour légitimer la doctrine adoptée par la Cour de cassation et soutenue par Me Béchard, avocat des pharmaciens d'Angoulême.

La quatrième chambre du Tribunal de la Seine vient de statuer que « la prescription d'un an, opposable à l'action du médecin pour le payement de ses honoraires, ne courait que du jour de la mort du malade, lorsque celui-ci est mort de la maladie, ou du jour de la dernière visite ou du dernier pansement, lorsque le malade a été guéri ou que le médecin ou chirurgien a été congédié avant la fin de la maladie. »

Un concours pour deux places de médecins, vacantes au Bureau central des hôpitaux, s'est ouvert le mercredi 11 de ce mois. — Le jury se compose de MM. Bouchut, Becquerel, Legendre, Piedagnel et Guersant. — Les concurrents sont: MM. Archambault, Axenfeld, Barnier, Blain des Cormiers, Blondeau, Boivin, Caillau, Champmartin, Chauffard, Clairin, Clin, Dal Piaz, de Beauvais, Destouches, Dumoulin, Dufour, Gallard, Géry, Gosset, Goupil, Grange, Hervieux, Laboulbène, Labric, Lamaestre, Landry, Lorain, Maingault, Martellière, Mesnet, Montanier, Moynier, Piberet, Potain, Prost, Rotureau, Simonnet, Tibierge, Triboulet, Vidal, Vulpian. — La question que ces concurrents ont eu à traiter par écrit est: *De la contracture.* Les épreuves de clinique extemporané commencent le vendredi 13, à deux heures et demie.

M. le docteur Auguste Duméril remplace son vénérable père comme professeur de zoologie (reptiles et poissons), au Muséum d'histoire naturelle. M. Duméril père est nommé professeur honoraire.

L'Académie royale des sciences de Turin, sur la proposition du professeur Riberi, s'est adjoint M. le professeur J. Cloquet comme membre correspondant, et la Société royale médico-chirurgicale de Londres vient d'adresser à M. le professeur Velpeau le diplôme de membre honoraire.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Guérisons d'albuminuries et autres hydropisies par des remèdes divers ([1]).

Par M. le professeur FORGET, de Strasbourg.

A la même époque, nous expérimentions la méthode de M. Landouzy, de Reims, qui, à propos de l'amaurose albuminurique, en a donné la formule générale, en affirmant ses nombreux succès. Il nous a paru que l'auteur avait eu l'intention de faire agir concurremment divers procédés, dont le raisonnement et l'expérience constatent la valeur. Ainsi son traitement se compose de purgatifs et de bains de vapeur répétés, de l'administration d'une limonade nitrique et de vésicatoires dirigés contre les épanchements séreux. Or, on vient de voir que dans nos propres mains les bains de vapeur, les purgatifs répétés et l'acide nitrique, employés séparément, comptent des succès. C'est donc une idée rationnelle mais un peu hardie, que d'associer des moyens aussi actifs. J'appelle ordinairement ces associations des *décharges à mitraille*. Quelque fragment peut tuer la maladie, mais nous restons malheureusement dans l'ignorance de celui qui a porté. Du reste, ce serait un léger inconvénient si le fait de la supériorité prononcée de la méthode était établi. C'est donc avec confiance que nous avons appliqué ce traitement dans le cas suivant, qui, de même que le précédent, n'offre qu'un résultat incomplet, bien que manifestement favorable.

OBS. VI. *Anasarque avec albuminurie récente ; — ventouses, vésicatoires, acide nitrique* ; — BAINS DE VAPEUR ET PURGATIFS RÉPÉTÉS ; — *disparition de l'œdème, diminution notable de l'albuminurie.* — Un homme de vingt-trois ans, de bonne constitution, tempérament lymphatico-sanguin, maçon, entre à la Clinique le 2 mai 1856. Pas de maladies antécédentes. Depuis huit jours il s'aperçoit d'une enflure des membres inférieurs, des mains et de la face. L'abdomen contient de la sérosité. Point de douleurs de reins. Les urines sont fortement albumineuses. Non plus que quatre autres malades du même genre qui sont actuellement à la Clinique, il n'éprouve de troubles du côté de la vision ; ce qui veut dire que cette lésion nous paraît bien moins fréquente que ne l'ont prétendu quelques observateurs. Le sang et les urines analysés par MM. Hepp, pharmacien en chef, et Picard, élève interne, ont donné les résultats suivants :

Sang : 65 grammes donnant 0,0499 = 0,0769 pour 100 d'urée,

([1]) Suite. — Voir le numéro précédent, p. 97.

Urines de vingt-quatre heures : 980 cc.; acides; densité, 1,027. Absence de cylindres; quelques animalcules spermatiques; dépôt d'acide urique; albumine, 2 gr. 97; urée, 30 gr. 7; acide urique, 1 gr. 07..

Nous avons institué le traitement suivant : douze ventouses scarifiées aux lombes, répétées trois fois, à peu de jours d'intervalle. Eau laxative de Vienne et bains de vapeur, alternativement, de deux jours l'un; limonade nitrique (à 4 grammes). Ce traitement est continué régulièrement, sauf les purgatifs, que nous sommes parfois obligé d'interrompre, à cause de la persistance et de l'intensité de la diarrhée.

L'œdème diminue graduellement. Après les trois applications de ventouses, nous prescrivons un vésicatoire sur la région lombaire. Au bout de quinze jours l'œdème a complétement disparu; les urines précipitent beaucoup moins par l'acide nitrique; mais le précipité est toujours sensible jusqu'au 20 juin (quarante-huit jours après l'entrée), où une nouvelle analyse donne les résultats suivants : *Urines* de vingt-quatre heures, 1,660 cc.; densité, 1,019,9; acides; urée, 35 gr. 50; albumine, 0,62. Ainsi l'urée est revenue à son type normal, et l'albumine a diminué des quatre cinquièmes; *elle n'existe plus qu'en vestige*, et nous espérions obtenir sa disparition complète, lorsque le malade, se sentant très-bien depuis longtemps, a voulu sortir; il a pris environ vingt bains de vapeur et douze purgatifs.

C'est principalement aux bains de vapeur et aux purgatifs que j'attribue le succès, car les ventouses et le vésicatoire, bien que rationnellement appliqués, me paraissent impuissants. Quant à l'acide nitrique, il me paraît jouer ici un rôle équivoque, vu que son effet astrigent doit plutôt contrarier que favoriser l'action éliminatrice des bains de vapeur et des purgatifs.

Malheureusement beaucoup de sujets ne se prêtent pas à l'administration pleine et entière de cette méthode complexe. Parmi les quelques sujets auxquels j'en ai fait l'application, les uns ne pouvaient supporter les bains de vapeur, les autres étaient violemment affectés par les purgatifs répétés, et, finalement, tous se sont montrés réfractaires à la guérison. Je persiste cependant à penser que cette méthode vigoureuse cumule en sa faveur les présomptions qui se rattachent à chacun de ses composants, augmentées de celles résultant de leur action simultanée. Nous pensons donc qu'il convient de l'appliquer *autant que possible*.

Des six observations précédentes où la guérison a été obtenue par six procédés différents, qui chacun ne comptent qu'un succès entre

mes mains, il résulte que le traitement spécifique de l'albuminurie est encore à trouver, ou plutôt que plusieurs moyens peuvent manifester une action spécifique, selon des circonstances qui sont encore indéterminées. Ces guérisons ne sont pas les seules que j'aie obtenues. J'en compte bien une demi-douzaine d'autres, mais qui relèvent de ma pratique consultante ou civile, et dont je ne connais que le résultat sommaire, sans en posséder les détails. Mais comme je compte ce genre de malades par centaines, je ne puis me glorifier, vraiment, de succès qui ne dépassent pas le dixième des cas observés. Je répète, en terminant ce chapitre, qu'il faut bien distinguer la guérison de l'hydropisie de celle de l'albuminurie : la première, nous l'obtenons fréquemment et même plusieurs fois chez le même sujet, qui ne peut être considéré comme guéri que lorsqu'il est débarrassé de ses urines albumineuses : là gît la difficulté.

Les faits d'expérience ou d'observation pure que nous venons de produire n'empêchent pas qu'il existe certains principes régulateurs de la thérapeutique auxquels il convient de se conformer. Aussi n'est-ce que lorsque ces principes ont fait faux bond que nous conseillons de varier les méthodes selon les résultats obtenus. Ainsi lorsqu'on juge que la lésion des reins est récente, il convient de l'attaquer par les moyens topiques (saignées locales, vésicatoires) ; mais, malheureusement, la marche occulte de la maladie ne nous permet guère que de faire des suppositions à cet égard. Dans l'état avancé, l'altération des reins est telle que l'on ne peut concevoir la curabilité de la maladie. Et pourtant nous voyons des albuminuries récentes se montrer rebelles, et des albuminuries anciennes guérir contre nos prévisions. D'où la nécessité : 1° de tenter la guérison radicale, dans tous les cas ; 2° de varier les médications.

La maladie de Bright étant l'objet essentiel de ce travail, ce n'est qu'à titre d'appendice que nous rapporterons les guérisons suivantes opérées dans des cas et avec des moyens qui sont loin de faire toujours obtenir d'aussi beaux résultats.

Obs. VII. *Anasarque par maladie du cœur ; guérison prompte de l'anasarque par la* digitale. — Un homme de soixante-trois ans, de forte constitution, serrurier, entre à la Clinique le 18 septembre 1849. Il dit avoir toujours joui d'une bonne santé, n'avoir jamais eu de rhumatismes ni de maladies de poitrine, lorsque sa maladie a débuté, il y a un mois, par une sensation de pesanteur à la région précordiale et l'infiltration des jambes. Nous constatons une anasarque générale très - prononcée, surtout aux membres inférieurs.

Point de voussure ni de matité anormale dans la région du cœur ;

point de force d'impulsion, sensation d'un léger frôlement à la palpation. A l'auscultation, les bruits du cœur ne paraissent pas sensiblement altérés; mais les battements sont fréquents et très-irréguliers. Les veines du cou sont dilatées; il existe un goître volumineux. Les urines sont rares, foncées, et ne précipitent pas par l'acide nitrique. Nous diagnostiquons: *rétrécissement de l'orifice mitral,—anasarque consécutif*. (Saignée de 300 gr., chiend. nitré, digitaline 1 milligr., matin et soir; trois soupes.)

Pendant trois jours l'état s'aggrave; œdème croissant, dyspnée, sibilance pulmonaire. (Potion avec herbe de digitale 2 gr., eau 100 gr., sirop de sucre 20 gr., à prendre par cuillerées, de deux en deux heures; vésicatoire au bras, bouillon.)

En deux jours l'anasarque est diminuée, la respiration plus libre, le pouls plus régulier et plus développé, diurèse modérée.

Après quatre jours, l'infiltration a complétement disparu, le pouls est régulier, sans fréquence, la convalescence est confirmée. (Suspendre l'infusion de digitale, qui occasionne des nausées; extr. de digitale 5 centigr., matin et soir, chiend. nitré, trois soupes.)

Ce n'est qu'alors que l'on perçoit à l'auscultation un bruit de souffle assez rude au premier temps, se propageant à la pointe du cœur et non dans l'aorte. Le malade sort dans cet état, le 8 octobre, vingt jours après son entrée, guéri de son anasarque, mais non de sa maladie du cœur.

Je sacrifie à regret les considérations nosologiques intéressantes qui surgiraient de ce fait, pour appeler l'attention sur la guérison d'un cas si grave obtenu en quatre jours par la *décoction de digitale*, préparation que je préfère à toutes les autres, même à la digitaline, n'en déplaise aux partisans des alcaloïdes. Belle merveille, dira-t-on, de guérir une hydropisie cardiaque avec la digitale, le plus vulgaire des remèdes en pareil cas! Eh bien! nous invitons les praticiens à recueillir leurs faits et à nous dire combien de fois ils ont obtenu pareil résultat de la digitale ou de ses composés. Si les effets étaient aussi constants et aussi prononcés qu'on le suppose, le traitement de l'hydropisie cardiaque ne serait pas chose si laborieuse, car il est vrai de dire de celle-ci comme des autres, que les moyens les mieux éprouvés échouent très-souvent et que la guérison s'obtient, en général, lentement, laborieusement, au prix de tâtonnements répétés et de méthodes complexes.

Obs. VIII. *Ascite par hypertrophie du foie; guérison soutenue à la suite de la* PARACENTÈSE. — Une femme de quarante-trois ans, d'assez bonne constitution, matelassière, entre à la clinique le 8

mai 1842. Elle raconte qu'il y a vingt ans elle eut une affection du foie à la suite de laquelle cet organe s'engorgea, puis elle devint hydropique et guérit elle ne sait par quels moyens. Il y a treize ans qu'elle fit ses premières couches, pendant lesquelles elle fut encore, dit-elle, affectée d'hydropisie qui se dissipa également. Depuis, elle est accouchée sept fois sans accidents, si ce n'est à sa dernière couche, qui date de dix-sept jours. Pendant sa grossesse, elle avait les jambes enflées ; l'accouchement a été facile, mais bientôt son ventre et ses jambes se sont tuméfiés.

Etat actuel : infiltration considérable des membres inférieurs, abdomen très-volumineux, fluctuant, indolent ; dyspnée, toux catarrhale, pouls à 80, peau cyanosée. Le volume et la résistance du ventre ne permettent d'y percevoir aucune tumeur profonde ; l'exploration des organes génitaux ne nous apprend rien.

Nous nous demandons si l'ascite n'est pas le produit d'une métro-péritonite latente, suite de l'accouchement. Provisoirement, nous prescrivons successivement une saignée, des diurétiques, des laxatifs.

Pendant plusieurs jours l'asphyxie est imminente et ne s'explique pas suffisamment par le volume du ventre, ce qui nous fait différer la ponction. Un jour enfin nous pratiquons la paracentèse, qui donne cinq litres environ de sérosité citrine. Nous percevons alors une tumeur occupant l'hypochondre droit et s'étendant jusqu'auprès de l'ombilic ; tumeur qui nous paraît être un prolongement du foie.

Depuis lors, sous l'influence d'un traitement fort simple (adoucissants, nitre, digitale à faible dose), l'abdomen revient graduellement à son volume normal. Au bout de quinze jours, la malade est convalescente et sort très-bien guérie de son hydropisie, mais conservant sa tumeur du foie, un mois après l'opération.

Si l'on songe aux cas infiniment nombreux où la paracentèse n'agit que comme moyen essentiellement palliatif et temporaire, et à la rapidité avec laquelle elle est presque toujours suivie de nouveaux épanchements, on voudra bien accepter ce fait comme un des plus heureux en faveur de la ponction appliquée à l'hydropisie symptomatique des engorgements abdominaux ; surtout si l'on a égard à l'état excessivement grave où se trouvait la malade au moment de l'opération. Il va sans dire qu'elle reste sous l'imminence de la récidive ; mais c'est toujours autant de gagné.

Obs. IX. *Ascite par péritonite chronique ; médications diverses ; — guérison par l'*ACÉTATE DE POTASSE. — Une femme de quarante ans, de chétive constitution, mère de quatre enfants, bien réglée habituellement, entre à la Clinique le 5 décembre 1843. Elle raconte

qu'il y a près de trois mois, à la suite d'un refroidissement, elle fut prise de frisson suivi de chaleur, de douleurs abdominales et d'un peu de diarrhée. On l'a traitée en ville par une saignée, des topiques émollients, et en dernier lieu par les frictions mercurielles sur le ventre.

Etat actuel : langue rouge, dépouillée, gencives fongueuses, haleine fétide, un peu de salivation (stomatite mercurielle), soif, anorexie, abdomen proéminent, douloureux à une forte pression. La palpation et la percussion font constater un épanchement séreux, sans altération appréciable des viscères parenchymateux. Pouls un peu fréquent, sans dureté; point de chaleur à la peau, un peu de dyspnée, quelques râles disséminés. Nous diagnostiquons une *ascite par péritonite chronique*. (Chiend. nitré, looch, lavements de graine de lin, frictions de pommade stibiée sur l'abdomen; deux soupes.)

Les jours suivants le ventre augmente insensiblement de volume. Le 14 nous prescrivons : feuilles de digitale 1 gr. infus. dans eau 100 gr., sirop de sucre 20 gr. pour une potion à prendre par cuillerée, de deux en deux heures. Les urines restent rares et foncées, le pouls descend à 48 pulsations. L'ascite persiste avec douleur abdominale et dyspnée.

Le 22, nous prescrivons : acétate de potasse 15 gr., eau 150 gr., sirop simple 20 gr., pour une potion; infusion de genièvre, frictions de teinture de scille et de digitale sur l'abdomen.

Le 24, urines abondantes, qui persistent les jours suivants. En même temps, le ventre diminue de volume, au point que le 1er janvier 1844, il est à peu près réduit à son volume normal. Cependant la malade se plaint de quelques douleurs dans l'abdomen, elle est très-faible et se rétablit lentement.

Ainsi voilà une ascite par péritonite datant de trois mois, qui a résisté aux antiphlogistiques, aux onctions mercurielles jusqu'à salivation, au nitre, à la digitale à dose sédative, et qui cède à l'acétate de potasse à haute dose (15 gr.). Nous l'avons déjà vu guérir comme par miracle une albuminurie désespérée. Ce n'est pas à dire pourtant que l'acétate de potasse réussira mieux et plus souvent que d'autres moyens ; mais de pareils faits sont à enregistrer. Ce remède a joui de beaucoup de renommée contre les obstructions et les hydropisies en général. Cependant, malgré les éloges de Desbois de Rochefort, de Bosquillon, d'Alibert, qui le dit merveilleusement efficace contre l'hydrothorax, il est à peu près tombé dans l'oubli et n'est guère usité aujourd'hui que dans les affections puerpérales, comme antilaiteux, dans l'ictère et très-peu dans les hydropisies, où l'on emploie des

agents réputés plus énergiques. Peut-être l'emploie-t-on à trop faible dose.

Il nous resterait à produire des faits empruntés aux hydropisies cachectiques de cause interne (hydropisies tuberculeuses, cancéreuses, leucocytémiques) et de cause externe (hydropisie paludéenne); mais ce serait allonger inutilement ce travail, car personne ne conteste qu'à part l'indication causale qui presque jamais ne peut être remplie, les moyens de combattre ces suffusions séreuses ne soient ni moins variés, ni moins précaires que ceux qui s'appliquent aux genres précédents. Par exemple, l'hydropisie paludéenne, qui est la moins grave et la plus facile à résoudre, cède à tous les moyens usités contre les hydropisies en général et même souvent à la simple expectation, ce qui n'empêche pas les uns de vanter les ferrugineux, les autres le quinquina [1], les purgatifs, les diurétiques, etc., et tous peuvent produire des guérisons à l'appui.

On arrivera peut-être, par l'analyse rationnelle et l'expérimentation clinique, à déterminer ceux de tous ces remèdes qui réussissent le plus souvent, et même à préciser les circonstances où les uns doivent réussir plutôt que les autres; mais nous n'en sommes pas là, et pour ma part, je ne saurais dire, par exemple, quelle est celle des cinq ou six médications qui m'ont réussi contre l'albuminurie, à laquelle je dois donner la préférence; et d'ailleurs, fussions-nous arrivés à ce point de perfection, qu'il resterait encore en dehors du principe général une foule de cas réfractaires, de diathèses occultes qui protesteraient contre l'existence d'une médication spécifique. Donc la spécificité est tout individuelle, elle relève des conditions spéciales du fait déterminé; d'où résulte, dans ce cas, l'efficacité de telle méthode, exclusivement ou du moins de préférence à toute autre. Or, comme les conditions spéciales des faits varient infiniment, au point que, rigoureusement parlant, il n'est pas deux faits qui se ressemblent, il en résulte que les spécificités sont en nombre infini; c'est-à-dire que les spécifiques n'existent pas, puisque la multiplicité est destructive de l'idée de spécificité.

Donc l'efficacité fortuite, exceptionnelle des moyens employés dans les cas précédents, prouve assez qu'il n'est pas de traitement spécifique de l'hydropisie en général, ni de chaque espèce d'hydropisie en particulier. Cette proposition, qui pourra paraître banale aux yeux des praticiens sensés et expérimentés, n'est pourtant que trop autorisée par les prétentions de beaucoup d'observateurs et par

(1) De l'extrait de quinquina comparé au sulfate de quinine dans les hydropisies, suite de fièvre intermittente (*Bulletin de Thérapeutique*, 1848).

la tolérance, l'incurie, la faiblesse de la critique à l'égard de ces prétentions.

Il m'eût été facile d'emprunter aux modernes archives de la science une foule de guérisons obtenues par une infinité de moyens dont la variété vient merveilleusement à l'appui de notre thèse ; mais c'est notre expérience propre que nous avons voulu produire, ne pouvant nous porter garant que des faits qui nous appartiennent. Certes, il est peu de vieux praticiens qui ne puissent fournir un contingent égal et même supérieur au nôtre, en faveur du principe que nous défendons ; nous les engageons à le faire pour nous venir en aide, c'est-à-dire pour éclairer les lecteurs trop crédules, à l'endroit des déceptions journalières naissant de l'abus et de l'exploitation des spécificités.

Conclusions. — 1° L'élément hydropisie nécessite par lui-même un traitement particulier, abstraction faite de la cause productrice.

2° Cette nécessité résulte forcément de l'impossibilité où nous sommes, dans bien des cas, de préciser et surtout de combattre la cause elle-même.

3° Les mêmes traitements conviennent dans toutes les espèces d'hydropisies (rénales, cardiaques, mécaniques, cachectiques, etc.), c'est-à-dire qu'aucune espèce ne comporte de traitement spécifique, efficace *à priori*, dans la généralité des cas.

4° Les mêmes remèdes réussissent ou échouent dans tous les genres d'hydropisie. Ce n'est le plus souvent qu'en essayant tour à tour divers moyens qu'on parvient à découvrir le plus efficace.

5° Bien que le rationalisme et l'expérimentation puissent et doivent établir un ordre de succession dans lequel les diverses médications doivent être employées, il arrive souvent que celle qui réussit n'est pas celle sur laquelle on comptait le plus.

6° La résistance de la maladie et l'incertitude des résultats autorisent l'emploi simultané de plusieurs médications plus ou moins énergiques.

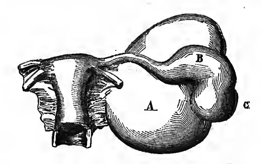
THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Observations de kystes tubo-ovariens.

Note lue à l'Académie de médecine, par M. Adolphe Richard, chirurgien des hôpitaux, professeur-agrégé à la Faculté de Paris.

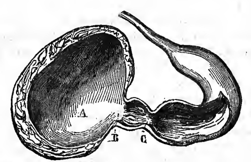
Dans la discussion qui s'est longtemps continuée devant l'Académie sur le traitement des kystes de l'ovaire, chacun est demeuré

d'accord que, pour avoir chance de ne se point égarer dans cette difficile question, le guide indispensable est une connaissance exacte de l'origine, de l'organisation, de la marche, de la terminaison des différentes tumeurs liquides nées dans la glande ovarienne elle-



A, kyste de l'ovaire gauche;
B, ampliation des deux tiers externes de la trompe;
C, point où l'ampliation tubaire se confond avec la poche ovarienne.

même ou dans les parties qui l'avoisinent immédiatement. Dans cette appréciation d'anatomie et de physiologie pathologiques, une particularité, que j'ose dire intéressante, a été passée sous silence par les orateurs qui se sont ici succédé, à l'exception d'un mot pro-



La pièce ci-dessus, ouverte afin de montrer le mode de communication de la cavité du kyste de l'ovaire A avec celle de la trompe.

L'espace B,C, correspond aux franges du pavillon soudées ensemble.

L'espèce d'étranglement observé en C indique l'ouverture abdominale de la trompe.

noncé par M. Velpeau. Comme je suis l'auteur de cette petite trouvaille, j'ai eu à cœur de venir l'exposer très-brièvement devant l'Académie, dans l'espoir qu'en propageant la connaissance des

tumeurs que j'ai nommées *kystes tubo-ovariens*, la pratique y pourrait trouver son profit.

Qu'est-ce donc qu'un kyste tubo-ovarien? — Le vrai kyste de l'ovaire naît dans la vésicule de Graaf, et toutes les phases de son développement s'accomplissent là où il a pris naissance : dans les cas que j'ai fait connaître, une vésicule de Graaf, sans doute celle-là même qui va présider à la prochaine menstruation, est assaillie par l'effort morbide qui doit faire d'elle un kyste de l'ovaire ; mais un œuf arrivé à maturation y est contenu ; pour le recueillir, le pavillon de la trompe s'applique à la vésicule ; celle-ci se vide, et il semble que jusqu'ici nous n'assistons qu'au merveilleux travail qui chaque mois provoque la ponte spontanée des ovules. Mais la scène change : la vésicule malade ne se referme pas ; car, au lieu de former un corps jaune, elle continue de verser dans la trompe le liquide morbide qui la distend. C'est désormais un kyste de l'ovaire, et ainsi croissent ensemble, d'un côté la tumeur ovarienne, de l'autre la trompe incessamment distendue par le liquide qu'elle reçoit.

Tel est le mode de formation des kystes tubo-ovariens.

Ils peuvent s'offrir à l'observateur sous divers aspects. Ordinairement, à l'autopsie, on croirait voir un kyste de l'ovaire avec une portion d'intestin grêle adhérent à sa surface ; puis, en séparant les parties, on reconnaît que cette manière d'intestin n'est autre que la trompe utérine. Tel était l'aspect de trois pièces que je montrai dans le temps à la Société de chirurgie, avant toute dissection préalable, pour qu'on pût bien apprécier la communication entre la poche ovarienne et le canal de l'oviducte. Ce canal conserve ses dimensions ordinaires dans son tiers le plus interne, près de l'utérus, mais à partir de ce point, il prend le calibre et l'apparence d'un intestin grêle, décrivant plusieurs flexuosités analogues à des circonvolutions intestinales; enfin, il disparaît dans les parois du kyste, au milieu du bord externe de ce dernier. Dans d'autres circonstances, la communication entre la poche ovarienne et la trompe est la même ; mais l'ampliation de celle-ci est plus limitée et sphérique. D'autres fois, on croirait à une hydropisie propre de la trompe greffée sur l'ovaire ; celui-ci semble n'offrir d'autres changements qu'une notable augmentation de volume ; mais en le comprimant, on le sent fluctuant, et l'ouverture des parties étant faite, on voit la poche tubaire, comme dans les autres cas, s'ouvrir par un orifice rétréci et régulièrement circulaire dans l'intérieur d'un kyste ovarien creusé au centre même de la glande.

Ce qui précède fait pressentir que ces kystes tubo-ovariens ne sont pas une affection rare. Dans mes premières recherches, en cinq ou six semaines, j'ai rencontré et disséqué cinq pièces présentées à la Société de chirurgie. Depuis, plusieurs jeunes anatomistes en ont rencontré dans les autopsies ou à l'Ecole pratique. Pour ma part, j'en ai disséqué onze en tout, et j'estime qu'une fois sur huit ou dix, les kystes de l'ovaire s'abouchent dans la trompe utérine. Le curieux mécanisme des kystes tubo-ovariens une fois dévoilé, on devine, en effet, qu'ils ne sauraient être très-rares, puisqu'ils trouvent leur raison d'être dans la fonction même de l'appareil génital interne et dans cet admirable concert qui associe périodiquement la glande ovigène et son canal excréteur.

Je demande à l'Académie de négliger les détails anatomiques qui compléteraient l'histoire de ces tumeurs, pour arrêter un instant seulement son attention sur ce point : ces tumeurs intéressent-elles la pratique, c'est-à-dire, une fois reconnues, peuvent-elles influer sur le pronostic et sur le traitement, auxquels un médecin est tenu de s'arrêter ?

A priori, la réponse est affirmative. Qu'est-ce, en effet, qu'un de nos kystes ? C'est un kyste de l'ovaire, qui, au lieu d'être emprisonné comme d'habitude, a commencé son évacuation par les voies génitales ordinaires, c'est-à-dire par le conduit excréteur de l'ovaire, qui commence au pavillon tubaire et finit à la vulve.

Je le répète, c'est là une interprétation évidente, qui, de prime abord, ne saurait être indifférente en pratique. *Un kyste tubo-ovarien est un kyste de l'ovaire en voie d'évacuation naturelle.* Néanmoins, dans les onze pièces que j'ai eues à ma disposition, aucun liquide ne coulait par l'utérus. En introduisant un stylet d'argent très-fin de l'utérus dans la trompe, je pénétrais dans la poche, et la pression alors déterminait l'issue très-lente du liquide à travers l'orifice tubo-utérin. Il faut en conclure que la partie interne de la trompe, très-étroite ainsi que chacun sait, oppose une grande résistance à ce que l'évacuation kystique se complète.

Mais en est-il toujours ainsi ? Non, et les exemples suivants vont le démontrer.

Obs. I. Une jeune dame de province, d'une vingtaine d'années, vit, il y a deux ans, à la suite d'un accouchement naturel, se déclarer par les parties génitales externes l'issue d'un liquide séreux. Cette évacuation se produisait, dans le principe, huit ou dix fois par jour par un flot brusque, quelle que fût la position de la malade, et la somme quotidienne du liquide excédait un litre. Son médecin, placé à la tête d'un hôpital de province, s'assura que le liquide provenait de la cavité utérine, et cependant la matrice offrait son volume ordinaire ;

il reconnut, de plus, dans le côté droit, l'existence d'une tumeur peu considérable. Deux mois après l'accouchement, les règles reparurent et ne modifièrent en rien l'écoulement séreux qui, durant l'éruption menstruelle comme dans ses intervalles, continua avec les mêmes caractères.

Huit mois après le début de cette singulière affection, au mois de juillet 1855, les symptômes persistant, mais avec une certaine diminution, la malade se rendit à Paris pour consulter M. Paul Dubois. M. Paul Dubois m'en parla à cette époque, et en vue de mon mémoire qu'il connaissait sur les kystes tubo-ovariens, il se livra à un examen soigné propre à bien fixer la source de l'écoulement. Il acquit la preuve qu'il s'agissait là d'une des tumeurs récemment décrites. A ce moment, la jeune dame ne perdait plus que trois fois le jour un flot de liquide, et ces émissions avaient lieu à des heures à peu près fixes. M. Dubois voulut profiter de l'instant où, suivant toute probabilité, ce liquide allait s'écouler. Ayant fait placer la malade sur son canapé, les jambes écartées, il introduisit une sonde de gomme élastique dans la cavité utérine : aucun liquide ne sortit; au bout d'environ dix minutes, un petit flot se fit voie brusquement par la sonde, et versa dans un vase 120 grammes de liquide séreux. L'analyse en fut faite par M. Bouchardat, qui n'y reconnut que de l'eau avec une petite quantité de sels minéraux et des traces seulement d'albumine. En même temps, l'abdomen, soumis à une palpation attentive, montra à M. Paul Dubois, vers le côté droit, un peu au-dessous de l'ombilic, une tumeur de la grosseur d'un œuf ou d'une petite balle. Les dimensions de l'utérus parurent normales.

J'ai reçu dernièrement une lettre du médecin de la malade. L'écoulement séreux intermittent continue presque avec la même abondance; les règles apparaissent toujours, mais irrégulièrement; la jeune dame est singulièrement affaiblie et en proie à un état nerveux inquiétant. En cette grave occurrence, notre très-distingué confrère se demande si, par l'utérus, il serait possible d'agir sur la poche, ou si, au contraire, on pourrait s'opposer à l'issue du liquide pour dilater la poche tubo-ovarienne et la rendre accessible par l'abdomen.

Obs. II. Une dame âgée de soixante-sept ans après avoir éprouvé, durant plusieurs mois, de vives douleurs vers tous les organes pelviens, fut contrainte, à la suite d'une dernière crise, beaucoup plus violente que les autres, de venir réclamer des soins à Paris. Le docteur Debout porta naturellement son examen vers le bas-ventre; il reconnut un utérus normal, mais déjeté un peu de côté par une tumeur qui occupait la région iliaque gauche. Cette tumeur, d'une mollesse fluctuante, avait une forme oblongue qui frappa tout de suite M. Debout; car il avait assisté à la lecture de mon mémoire sur les kystes tubo-ovariens, et m'avait même cité plusieurs observations curieuses de recueils étrangers, dont l'abouchement des kystes ovariens dans la trompe lui semblait fournir l'explication. Donc, sur l'aspect de cette forme allongée, interrogeant la malade, il apprit d'elle que, en 1848, elle avait perdu par le vagin, durant trois jours, une quantité assez considérable de liquide semblable à du blanc d'œuf clair. D'après cet ensemble de symptômes et de renseignements, M. Debout établit pour diagnostic l'existence d'un kyste tubo-ovarien évacué une première fois, mais dont une réplétion nouvelle provoquait les phénomènes douloureux qu'il avait à combattre. La malade était opiniâtrément constipée; administrant de l'opium sous forme de gouttes noires, M. Debout n'hésita pas à augmenter pour quelques jours encore cette constipation. Il finit, en effet,

par donner après cela un purgatif, comptant que, sous la pression énergique des matières, au moment de leur débâcle, la poche tubo-ovarienne se ferait jour de nouveau par l'utérus. Ce plan, si bien combiné, ne réussit qu'à la deuxième tentative : pendant les efforts de la défécation, il s'établit par le vagin un écoulement d'un liquide gluant, d'une couleur ambrée, « me rappelant de tout point, dit le docteur Debout, les caractères du contenu que j'ai souvent observé dans ces kystes ovariques. » En même temps disparurent chez la malade les douleurs de forme névralgique qui la tourmentaient. Le flux vaginal dura juste une année, et cessa en novembre 1853. Depuis cette époque, la santé est bonne, et aucune répétition du kyste ne s'est manifestée.

Je me borne à citer ces deux faits devant l'Académie. Il conviendrait, à propos de nos kystes, d'en discuter un très-grand nombre, en particulier ceux qui figurent dans l'affection très-contestable désignée sous le nom d'*hydrométrie* ou hydropisie utérine. Mais je n'ai voulu présenter ici qu'une esquisse. Les praticiens, instruits de l'existence des kystes tubo-ovariens, compléteront peu à peu ce sujet par des observations bien suivies.

Nouveau procédé de rhinoplastie latérale ayant pour but de conserver la régularité du contour des narines.

Par M. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Obs. II. *Cancroïde de l'aile gauche du nez, rhinoplastie latérale ; encadrement d'un lambeau de la joue dans la perte de substance du nez, avec conservation du pourtour de la narine. — Guérison sans difformité.* — Anne Tanmette, âgée de trente-six ans, née à Fougère (Hérault), exerçant la profession de journalière à Ranjon, est entrée à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier, le 24 novembre 1851. Cette femme, dont la constitution paraît bonne, s'aperçut, il y a deux ans, et sans cause appréciable, de l'existence d'un bouton sur l'aile gauche du nez ; elle le grattait fréquemment, bien qu'elle n'y éprouvât d'autre douleur qu'une légère démangeaison. Il en résulta un accroissement de cette petite végétation morbide, qui gagna graduellement en surface et finit par envahir une portion assez étendue des téguments latéraux du nez. Cette affection, qu'aucun antécédent morbide scrofuleux, syphilitique ou dartreux n'avait précédé, fut négligée par la malade, qui se contenta d'y appliquer de temps en temps de cataplasmes de mauve ou d'y faire des lotions avec de l'eau saturnée. Les progrès de l'ulcération étant devenus plus prononcés, Anne Caumette se décida à venir réclamer à l'hôpital des soins plus réguliers. L'examen attentif de la partie malade fit connaître les caractères suivants : une ulcération, légèrement saillante au-dessus du niveau de la peau, existe sur l'aile gauche du nez ; supérieurement elle déborde un peu le point où le cartilage se réunit à l'os nasal ; en avant, elle s'étend jusqu'à la ligne médiane ; en arrière, elle se termine à la réunion de l'aile du nez avec la partie de joue correspondante ; inférieurement, elle laisse entre elle et le pourtour de la na-

---

(1) Suite. Voir le numéro du 30 janvier, page 62.

rine, deux millimètres environ à l'état sain. La surface de la plaie présente un aspect rouge dans certains points, grisâtre dans d'autres. Elle saigne facilement, elle est ramollie au milieu; et, si l'on engage un stylet entre ses bourgeons, on réussit, dans un point très-limité, à le faire pénétrer dans la fosse nasale. La malade ressent dans l'ulcère des élancements douloureux; aucune complication générale ou locale ne coexiste avec cette affection ; les ganglions parotidiens et sous-maxillaires sont parfaitement sains ; les fonctions principales s'accomplissent d'une manière normale. Tous les caractères se réunissant pour faire diagnostiquer un cancroïde, nous annonçons à la malade la nécessité de l'en débarrasser par une opération.

Ce parti nous semblait préférable à l'emploi du caustique; la dégénérescence locale s'étendait, en effet, à toute l'épaisseur de la paroi nasale, et, à l'obligation de détruire la partie altérée, s'ajoutait celle de réparer les effets de cette destruction par une opération rhinoplastique. Nous nous proposions d'ailleurs deux points principaux dans cette autoplastie nasale : réparer la perte de substance et conserver le pourtour do l'ouverture nasale, en respectant le fibro-cartilage annulaire de cette ouverture de la peau qui le recouvre.

L'opération fut pratiquée, le 3 décembre, de la manière suivante :

Je taillai un lambeau quadrilatère disposé de manière à ce qu'il fût adhérent par son côté externe aux téguments de la joue. Une première incision, parallèle à la ligne médiane, fut faite sur le dos du nez, depuis la réunion du tiers moyen avec le tiers supérieur de cet organe, jusqu'au sommet du lobule; des deux extrémités de cette incision partirent deux incisions parallèles, se dirigeant vers la joue et circonscrivant complétement l'ulcération; l'incision inférieure fut faite avec des précautions particulières, pour épargner le contour de l'ouverture nasale, qui était parfaitement sain, et auquol je conservai le plus d'épaisseur que l'étendue de l'ulcération dans oc sons le permit. Les deux incisions horizontales furent dirigées assez loin vers la joue, afin qu'après la dissection, lo lambeau mobilisé eût un jeu suffisant pour venir remplir le vide laissé par l'enlèvement des parties malades. Celles-ci furent détachées en faisant agir profondément le bistouri, de manière à ne rien laisser de suspect sur le champ de l'opération. Lorsque la dissection du lambeau rectangulatre fut achevée jusqu'à sa base, je détachai les tissus morbides adhérents à son bord nasal, en les coupant carrément, à l'aide de forts ciseaux droits, et je mesurai los portions du lambeau avec l'espace quadrilatère dans lequel il devait être reçu, pour m'assurer qu'il pouvait le remplir sans effort et sans être obligé d'exercer des tractions sur la région génienne ; une épaisseur suffisante avait été réservée au lambeau, pour y rendre la circulation et la nutrition faciles. Je m'occupai alors de lier avec soin les vaisseaux artériels peu nombreux qui correspondaient à sa face profonde, en me servant d'un fil de soie qui était très-délié. L'artère faciale avait été respectée.

Le dernier temps de l'opération consista à ramener le lambeau dans la figure taillée sur le côté du nez, en portant exactement au contact les bords respectifs, et en engageant les angles saillants dans les angles rentrants, où je les fixai par des points de suture. D'autres points de suture entrecoupée furent distribués sur les bords antérieur, supérieur et inférieur. Ce dernier eut ainsi pour bordure naturelle le contour de l'ouverture nasale, qui conservait au nez son aspect symétrique, et à la narine la résistance qui l'empêche de s'affaisser; des bandelettes agglutinatives étroites servirent à soutenir l'action de la suture.

Après l'opération, la malade ne se sentant pas affaiblie, se rendit elle-même,

à son lit et prit une tasse d'infusion de tilleul laudanisée. La journée fut assez calme, mais il n'y eut pas de sommeil la nuit.

Le lendemain, la malade éprouvait de la céphalalgie et un peu de chaleur générale. (Bouillons, tisane d'orge, cataplasmes aux jambes.)

Le 5, le pouls est calme, la douleur de tête a disparu. (Même prescription.)

Le 6, on enlève les bandelettes; le point de suture de l'angle supérieure a cédé, mais la réunion est obtenue dans ce point; il s'échappe une petite quantité de pus par la narine.

Le 8, on enlève les autres points de suture; la réunion immédiate est obtenue sur la plus grande étendue de la circonférence de la plaie et notamment sur son bord inférieur; des bandelettes de diachylon sont encore appliquées sur la plaie.

Les jours suivants, le travail de cicatrisation continue à s'opérer; la pression fait refluer quelques gouttes de pus par deux points du pourtour du lambeau et par la narine. On cautérise avec le nitrate d'argent des bourgeons charnus qui existent vers l'angle supérieur.

Le 15, il se forme sur les parties internes du lambeau et sur le nez une petite éruption vésiculeuse que l'on apaise par des lotions avec l'eau de mauve et un pansement avec le sérat saturné. Cette légère complication de la ligne cicatricielle, suivie de la formation de croûtes sur l'angle supérieur, ne tarde pas à se dissiper. Vers la fin du mois la guérison était complète; le nez ne présentait aucune déformation; la cicatrice était régulière; il n'existait aucun tiraillement vers la joue, et le contour de la narine conservait sa position et son aspect naturels.

L'opérée sortit de l'hôpital le 30 décembre.

Cette observation permet d'apprécier ce qu'il y a de satisfaisant dans le procédé mis en usage. L'aile du nez est complétement restaurée; la translation du lambeau génien sur la joue ne donne lieu, de ce côté, à aucun tiraillement qui déforme les parties; la laxité de la peau et du tissu qui double sa face profonde a permis que ce déplacement s'exécutât sans effort. Le rebord fibro-cartilagineux et cutané, annexé au bord inférieur du lambeau, le termine exactement dans les proportions de forme, de dimension et de symétrie qui conviennent à l'ouverture nasale, puisque c'est aux dépens même des éléments de cette ouverture que la bordure du lambeau a été faite. Enfin, la restauration a été accomplie dans toutes les conditions qui assurent la soudure de l'opercule réparateur, puisque celui-ci est fixé par tous les points de sa circonférence. Dans ces cas, les chances de réunion sont plus favorables et plus complètes, parce que les points de suture peuvent être distribués sur le bord inférieur, comme sur le supérieur et l'antérieur, ce qui n'a pas lieu lorsqu'il opère sans la précaution dont nous cherchons à démontrer l'utilité.

Dans les deux cas qui viennent d'être rapportés, il s'agit de la restauration d'une seule moitié du nez; mais l'application de notre procédé peut s'étendre à une réparation autoplastique plus étendue,

et nous espérons démontrer par les deux exemples suivants, auxquels nous avons joint des figures qui désignent plus exactement le caractère de l'opération et ses résultats, que les deux ailes du nez et le lobule peuvent être refaits d'une manière avantageuse aux dépens de la peau des joues et en maintenant les deux ouvertures nasales naturelles, ce qui représente la véritable condition conservatrice de la forme normale du nez.

Obs. III. *Rhinoplastie pour un éléphantiasis du lobule et des ailes du nez ; conservation des narines ; suture entrecoupée des lambeaux géniens ; guérison prompte avec restitution morphologique primitive.*—Au n° 30 de la salle Saint-Barthélemy, de l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, est couché le nommé Fontaine (Jacques-François), âgé de soixante-six ans, né à Nantes, exerçant la profession de tailleur d'habits. Il est entré à l'hôpital, le 7 juillet 1854, pour s'y faire guérir d'une hypertrophie considérable qui avait envahi le lobule et les ailes du nez. Cet organe est d'une dureté médiocre ; sa couleur s'éloigne peu de celle du reste de la peau, bien qu'elle soit néanmoins un peu plus rouge et qu'elle le devienne davantage après des libations ou dans un moment de colère. La pression des doigts n'y détermine pas d'affaissement notable, comme dans les tumeurs vasculaires; il n'y a point de battements, point de trajets veineux apparents. La tumeur, inégale, lobulée, onctueuse au toucher, formée par l'hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, offre plutôt les caractères d'un éléphantiasis circonscrit. La marche de cette tumeur a toujours affecté le caractère indolent. Le malade assure qu'il avait déjà, à l'âge de vingt ans, le nez développé au delà des limites ordinaires. L'organe a pris depuis lors, et d'une manière insensible, de plus grandes proportions, mais il n'a jamais été le siége de douleur ni d'ulcération; en sorte que l'on peut admettre qu'il s'agit d'une hypertrophie sans dégénérescence. Les narines et la sous-cloison sont d'ailleurs intactes.



La santé de Fontaine n'était pas directement menacée par cet état du visage, mais plus d'une fois il avait été le jouet de ses camarades; et comme son nez, grossi en raison directe de l'âge, devenait de plus en plus difforme, l'opération qui devait lui donner un organe régulier était depuis longtemps l'objet de tous ses désirs. Je cédai d'autant plus volontiers à ses instances que, depuis quelque temps, le tissu de l'organe hypertrophié semblait être le siége d'un nouvel excès nutritif, démontré par de récentes poussées.

Après m'être assuré, par une ponction préalable, qu'il n'existait point de substance érectile dans la tumeur et qu'on pouvait l'attaquer sans avoir à combattre une hémorrhagie trop considérable, je me décidai à débarrasser Fontaine de ce nez, que les progrès de l'âge avaient rendu par trop volumineux. L'opération fut pratiquée le 17 juillet 1854. M. le professeur Bégin, en tournée d'inspection pour le service médical de l'armée, assistait à l'opération.

Le malade, conduit dans la salle, fut placé sur une chaise à dossier élevé, et ne fut pas soumis aux inhalations anesthésiques, afin qu'il pût se prêter facilement à une action opératoire qui exigeait son concours volontaire. Un aide, placé derrière le malade, maintenait la tête et comprimait les artères faciales. Je pratiquai d'abord une incision en Λ renversé, comprenant dans l'écartement de ses branches le lobe moyen du nez, et j'emportai cette partie, en intéressant même la partie antérieure de la cloison cartilagineuse des fosses nasales, qui était très-saillante dans le sens antéro-postérieur. Après cette excision, les ailes du nez avançaient beaucoup, et leur portion antérieure hypertrophiée était séparée du milieu de l'organe par une échancrure. J'excisai la portion proéminente de chacune de ces ailes, en respectant le fibro-cartilage subjacent.

Une incision horizontale fut alors pratiquée un peu au-dessus de la hauteur du rebord supérieur de chaque aile du nez, et prolongée en dehors sur la joue. Une seconde incision inférieure, parallèle à la première et commençant au-dessus du pourtour cutané de la narine, fut dirigée aussi en dehors sur chaque joue. Je disséquai ensuite la face adhérente des lambeaux géniens quadrilatères, circonscrits par ces incisions, en ayant le soin de respecter le squelette fibreux des parties latérales du nez. Lorsque ces lambeaux mobilisés furent mis en état de recouvrir facilement chaque aile du nez jusqu'à la ligne médiane, je liai quelques artérioles et j'absterge ai la plaie avec soin. Je fis alors arriver avec glissement les lambeaux géniens sur chaque aile nasale, et trois points de suture servirent à maintenir l'affrontement de leur bord interne ou antérieur sur la ligne médiane du dos du nez. D'autres points de suture furent placés au niveau de chaque ligne horizontale de l'incision naso-génienne, de manière à maintenir un contact aussi exact que possible des rebords supérieur et inférieur du lambeau, avec les lignes correspondantes de la plaie. La greffe devient ainsi complète, et les rapports du lambeau furent encore assurés par des bandelettes de taffetas gommé, dirigées d'une joue à l'autre, en passant par-dessus le nez. Les ouvertures nasales étaient exactement conservées, et leur bordure cutanée, réunie par la suture à la ligne inférieure du lambeau, l'assujettissaient de manière à respecter la forme et l'écartement naturels des narines.

Le malade, renvoyé à son lit, fut soumis à l'usage d'une potion laudanisée qui calma promptement les premières douleurs. Il survint une heure après un léger suintement sanguin qui, s'effectuant avec facilité dans l'intervalle des points de suture, ne produisit aucun décollement de la face profonde du lambeau et céda à des applications froides et réitérées. La nuit fut bonne. Il ne survint aucune hémorrhagie nouvelle, et la journée du 18 se passa sans fièvre.

Le 19, troisième jour de l'opération, l'état général est bon ; le malade est très-satisfait ; il ne souffre nullement de son nez. On ramollit le taffetas gommé et on change les bandelettes. (Limonade, deux bouillons.)

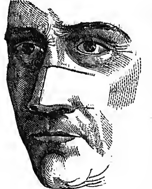
Le 20, l'état du sujet est toujours satisfaisant ; on change les bandelettes et on coupe quelques points de suture sur le dos du nez, où la traction pourrait faire craindre l'ulcération du tissu étreint par les fils.

Le 21 et le 22, nouveau changement des bandelettes ; on enlève les derniers points de suture, et on se contente d'un pansement avec les bandelettes.

Le 26, on remarque un léger écartement vers les angles supérieurs des lambeaux ; mais la face profonde et les bords de ces derniers sont unis par le travail de cicatrisation commençant ; la rougeur des parties a diminué ; il n'y a pas de tension locale. On permet le demi-quart pour nourriture.

La guérison s'accomplit ensuite graduellement. Vers les angles, où il existe

un peu d'écartement, la cicatrisation se fait par granulation ; le pus est de bonne nature ; on ne remarque ni inflammation ni tendance érysipélateuse. Pendant



quelque temps les narines, quoique régulières, sont médiocrement dilatées, à cause du gonflement do la cloison, qui semble un peu déjetée à gauche. Cette légère déviation se corrige peu à pou et on aide à sa disparition par l'introduction d'un corps dilatant dans les ouvertures nasales. Après un mois, à dater du jour de l'opération, le résultat de la restauration nasale est complétement obtenu. L'expression de la physionomie du malade est tellement changée qu'on pourrait douter de son identité : à la place d'un nez difforme et volumineux existe un organe à proportions ordinaires, mais un peu aplati d'avant en arrière, à cause de la faible résistance de la cloison, surtout quand le malade rit et que le mouvement de diduction des muscles do la face, en entraînant les opercules tégumentaires des côtés du nez, aplatit un peu celui-ci.

L'affection pour laquelle cette opération a été pratiquée mériterait d'abord toute notre attention, s'il entrait dans notre plan de développer toutes les considérations auxquelles peuvent donner lieu les faits qui lui servent de base. Nous nous contenterons de rappeler que ces sortes de tumeurs que, depuis Dalrymple (¹) on considère comme une des variétés de l'éléphantiasis, rentrent, malgré leur bénignité, dans le domaine de la chirurgie, lorsque, par leur volume ou leur forme bizarre, elles constituent une difformité choquante. Les premiers essais de ce genre, consignés dans les mémoires de l'Académie de chirurgie (²), attestent combien peu était avancée la question de l'autoplastie à cette époque, si célèbre partout dans les annales de la chirurgie. Civadier, membre de cette Académie, cite deux cas : l'un tiré de sa pratique, l'autre de celle de Theulot, où l'on se contenta d'enlever partiellement les lobes qui composaient des tumeurs volumineuses du nez, en livrant la surface incisée à la suppuration. A chaque tentative opératoire de Civadier, il survint un érysipèle; et, bien qu'en définitive, selon la remarque de l'opérateur, les cicatrices aient été bien faites, elles n'en recouvraient pas moins d'une manière désagréable toute l'étendue du nez.

La même imperfection se retrouve dans une opération pratiquée

(¹) Medical quarterly Rewiew, 1834.
(²) Tome III, p. 511.

à la fin du dernier siècle par Imbert de Lannes (1) et annoncée avec un grand appareil de publicité. La plaie résultant de l'opération, qui occupait, il est vrai, une grande étendue du nez, fut livrée à la suppuration et dut produire des tissus inodulaires nécessairement irréguliers. Le progrès est déjà plus sensible dans le cas cité par Dalrymple, qui, prenant en considération la nature non cancéreuse de la maladie, se proposait d'enlever l'excès de tissu cellulaire constituant la tumeur, et de conserver la peau superposée, en pelant le nez, suivant son expression, et en réappliquant la même peau sur les parties profondes; mais cette méthode opératoire, tout en se rapprochant de certains modes autoplastiques actuels, ne saurait fournir un exemple à imiter. Elle exige d'abord qu'on sacrifie une partie de la peau, car l'excès de cette enveloppe exposerait, ou à sa mortification, ou à des plicatures désagréables après la cicatrisation; d'une part, les téguments qui recouvrent le nez dans ces éléphantiasis circonscrits sont loin de conserver leur aspect normal : ils sont rugueux, rouges, injectés, inégalement parsemés de cryptes sébacés qui participent eux-mêmes à l'hypertrophie, en sorte qu'ils constituent de très-mauvais lambeaux autoplastiques.

Le mode opératoire que nous avons suivi, et qui a consisté à sacrifier cette peau altérée pour la remplacer par la peau saine des côtés du nez et de la partie voisine des joues, nous a paru infiniment préférable, et nous avons considéré le cas qui s'est présenté à notre observation comme pouvant recevoir l'application du procédé autoplastique qui nous avait déjà réussi pour les ulcères du nez. On a vu que les narines conservées, la nouvelle peau de la région et le changement complet dans la forme et les dimensions de l'organe, avaient heureusement modifié la physionomie de l'opéré.

(La suite au prochain numéro.)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Du pyrophosphate de fer citro-ammoniacal et de ses préparations pharmaceutiques.

Note lue à l'Académie de médecine par M. Robiquet.

Le nombre des préparations ferrugineuses employées en médecine est déjà considérable, et leur action bienfaisante sur l'économie n'est plus à démontrer; il m'a semblé cependant qu'il y avait encore quelques progrès à réaliser à cet égard, et je viens en-

(1) Progrès de la chirurgie en France, in-8. Paris.

tretenir l'Académie des efforts que j'ai tentés. Mes expériences ont porté sur le pyrophosphate de fer.

Depuis que M. Traham a fait connaître les transformations singulières que la chaleur fait subir à l'acide phosphorique, les chimistes ont étudié avec soin les combinaisons salines dans lesquelles l'acide, moléculairement modifié, est susceptible de s'engager. Les plus curieux de ces sels sont formés par simple fusion ignée, et ont reçu pour cette raison le nom de pyrophosphates. Par cela même que l'acide pyrophosphorique est à deux équivalents d'eau, il forme des sels à deux équivalents de base, tels que les pyrophosphates d'or ou d'argent, dont les applications dans les arts sont bien connues; en médecine on a essayé à plusieurs reprises d'employer le pyro-phosphate de fer, et cela se conçoit, car l'oxyde ferrique agit à n'en pas douter sur les éléments du sang, et l'acide phosphorique se retrouve dans les os.

Mais on a bientôt renoncé à ce nouveau sel, à cause de la grande quantité de pyrophosphate de soude qui est nécessaire pour le maintenir en dissolution dans l'eau; il m'a semblé que cet inconvénient pouvait être facilement évité sans enlever au sel ferrique aucune de ses propriétés essentielles. Pour le médecin, le type d'une bonne préparation ferrugineuse, c'est celle qui peut se dissoudre avec facilité dans les liquides de l'estomac, sans modifier en rien leurs fonctions digestives, qui est complétement assimilée par l'économie, et n'agit en aucune façon à la manière des astringents.

Le pyrophosphate de fer possède précisément toutes ces propriétés. Sa résistance aux dissolvants est le seul obstacle qui reste à vaincre pour le faire admettre au premier rang parmi les ferrugineux. En étudiant la constitution moléculaire de ce sel remarquable, il est aisé de voir qu'il appartient à la classe des corps doués de polymorphisme, semblable au soufre, au phosphore, à l'acide arsénieux, et à bien d'autres substances polymorphes. Le pyrophosphate de fer présente donc de grandes différences dans ses propriétés chimiques, suivant le procédé qui aura été adopté pour sa préparation, et la température à laquelle il aura été obtenu.

En précipitant l'une par l'autre des solutions de persulfate de fer et de pyrophosphate de soude à une température ne dépassant pas 15°, on obtient un précipité gélatineux qui n'est autre chose que le pyrophosphate de fer $2Fe^2O^3,3PhO^5$, se dissolvant avec la plus grande facilité dans une solution de pyrophosphate de soude. Si le sel ferrique était obtenu au-dessus de 15°, et à plus forte raison dans des liqueurs en pleine ébullition, il faudrait des quantités considé-

rables de pyrophosphate de soude pour le dissoudre, et encore n'obtiendrait-on qu'une dissolution éphémère, se colorant en noir et prenant une saveur insupportable. Après quelques heures de repos, lorsqu'on a opéré à froid, la liqueur ferrugineuse se maintient quelque temps sans altération, et pourrait être convertie en sirop qui se conserverait assez bien pendant un ou deux mois. Toutefois, un pareil mélange contient une trop forte proportion de pyrophosphate de soude, qui lui donne une saveur salée fort peu agréable, et ne l'empêche pas, après un temps plus ou moins long, de noircir à l'air, en prenant un goût métallique de plus en plus prononcé. Il fallait donc chercher un autre dissolvant; celui qui m'a le mieux réussi, c'est le citrate d'ammoniaque, sel qui a le double avantage de pouvoir être employé en très-petite quantité et de dissimuler le fer chimiquement aux réactifs.

La dissolution des pyrophosphates de fer dans une liqueur citro-ammoniacale se conserve des mois entiers sans altération aucune, et donne un sirop n'ayant nullement la saveur insupportable des composés ferrugineux.

La potasse, l'ammoniaque, les carbonates alcalins, ne donnent pas, avec le pyrophosphate de fer ainsi dissous, les réactions particulières aux sels ferrugineux. MM. Dumas, Laurent et Gerhart, dans leurs belles recherches se rattachant à la théorie des substitutions, ont fait voir qu'on pouvait, dans une foule de composés organiques, substituer l'iode, le brome et le chlore à l'hydrogène, sans que l'équilibre moléculaire ni les réactions chimiques du composé fondamental fussent en rien changés. C'est ainsi que dans l'alcool chloré, ou chloral, le nitrate d'argent ne produit aucun trouble, parce que le chlore du chloral ne se comporte pas du tout comme le chlore de l'acide chlorhydrique, ou d'un chlorure métallique, mais comme l'hydrogène dont il a pris la place. Détruisez maintenant le chloral, soit par combustion, soit par l'acide nitrique ou tout autre oxydant énergique, et vous retrouverez le chlore avec toutes ses réactions caractéristiques. De même dans le sel qui nous occupe, le fer est chimiquement dissimulé; sa présence n'est plus accusée par les réactifs les plus sensibles; la potasse ou l'ammoniaque ne le précipitent plus à l'état d'oxyde, et ses propriétés sont tellement masquées qu'il faut détruire complétement sa molécule pour pouvoir y doser le fer ou pour en retrouver les réactions. Si j'insiste un peu sur ces détails, c'est que je suis persuadé que la médecine tirera un jour le plus heureux parti des médicaments dont l'élément actif serait chimiquement dissimulé; de pareils composés sont si lentement dés-

agrégés par le travail de la digestion, et l'économie les absorbant molécule à molécule, doit se les assimiler intégralement.

Le procédé de dissolution une fois trouvé, rien n'est plus facile que de transformer le pyrophosphate de fer en dragées, sirop ou tablettes. L'état latent dans lequel il existe dans ce nouveau sel permet même de le mêler au vin de quinquina et d'en faire un puissant tonique, sans avoir à craindre cette coloration noirâtre et ce goût d'encre qui se produisent toujours lorsqu'on met en contact un sel ferrique avec des liquides plus ou moins chargés de tannin.

Quelle que soit la manière dont on administre le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal, sa saveur est complétement nulle, et les malades non-seulement le supportent avec facilité, mais encore en ressentent les plus heureux effets. Je l'ai vu particulièrement réussir dans les cas d'anémie, de chlorose et d'urétrite chronique bien caractérisées. Je ne veux cependant pas me laisser entraîner à donner le détail des observations que j'ai eu occasion de faire, de crainte d'être soupçonné de partialité; mais il me sera bien permis de dire que j'attends avec confiance le résultat des épreuves auxquelles l'Académie jugera à propos de soumettre le composé ferrique dont je viens d'avoir l'honneur de l'entretenir.

En résumé, le pyrophosphate de fer considéré chimiquement est un sel polymorphe dans lequel la molécule métallique est dissimulée aux réactifs; il contient en poids 21,426 pour 100 de fer. Au point de vue thérapeutique, la facilité avec laquelle l'économie se l'assimile, l'absence de toute saveur styptique, sa parfaite solubilité dans l'eau, l'influence enfin qu'il exerce sur la composition des os et les fonctions du sang, autorisent à le mettre au premier rang parmi les ferrugineux.

Sirop ferrugineux.

Pyrophosphate de fer citro-ammoniacal.	10 grammes.
Sirop simple.	900 grammes.
Sirop de fleur d'oranger.	100 grammes.

F. S. A. un sirop par simple solution, et colorez avec Q. S. de teinture de cochenille ou d'orcanette; chaque gramme de ce sirop contient 0 gramme, 01 centigramme de sel de fer, et chaque cuillerée à bouche environ 0 gramme, 20.

Dragées ferrugineuses.

Pyrophosphate de fer citro-ammoniacal. . . . . 50 grammes.

A diviser en 500 dragées contenant chacune 0 gramme, 10 centigr. de sel de fer.

Vin de quinquina ferrugineux.

Pyrophosphate de fer citro-ammoniacal	10	grammes.
Extrait de quinquina gris	5	grammes.
Vin blanc généreux	1	kilogram.

Faites dissoudre à froid le sel de fer et l'extrait dans le vin, et filtrez au papier.

Chaque cuillerée à bouche de ce vin contient 0 gramme, 20 de sel de fer et 0 gramme, 10 d'extrait de quinquina.

Un mot sur la valeur thérapeutique du pyrophosphate de fer et de soude, à propos de l'article précédent.

L'absence de tout historique de la question dans le travail de M. Robiquet semble vouloir laisser supposer que les essais tentés avec le pyrophosphate de fer ont été complétement abandonnés. Il n'en est rien pourtant, et nous voulons combler la lacune que sa note laisse à cet égard. L'emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer et de soude a été proposé d'abord en Angleterre, puis, plus récemment en France; et les diverses préparations auxquelles peut donner lieu le nouveau sel de fer se trouvent formulées dans le Traité de pharmacie de M. Soubeiran. Malgré tous ces travaux divers, l'emploi de ce sel n'est pas entré encore dans la pratique courante, et cependant il présente des avantages réels; sa saveur saline est à peine sensible, l'astringence martiale complétement nulle, aussi peut-il être administré sous la forme soluble. Nous verrons tout à l'heure qu'il présente une propriété non moins remarquable, celle de ne pas précipiter par l'action du suc gastrique. Enfin, et c'est là probablement son plus grand tort, sa composition est des plus simples et prête peu à la spécialité.

Pour préparer le pyrophosphate de fer, il suffit de calciner au rouge du phosphate de soude ordinaire. On verse ensuite dans la dissolution du pyrophosphate de soude du sulfate neutre de peroxyde de fer; le pyrophosphate de fer se produit et se précipite aussitôt, puis il se redissout dans l'excès de pyrophosphate de soude. Dans le Traité de pharmacie de M. Soubeiran, les proportions indiquées sont celles qui ont été données par les chimistes anglais, savoir : 1 de sel de fer et 8 de pyrophosphate de soude; mais on peut réduire le sel de soude des trois quarts, et faire ainsi disparaître, pour ainsi dire, le goût légèrement salin du composé. Cette saveur disparaît absolument dans le sirop de pyrophosphate. M. Robiquet propose de substituer

le citrate d'ammoniaque, comme dissolvant, au pyrophosphate de soude. Quelle est la valeur de cette substitution au point de vue thérapeutique [1]?

A l'appui des avantages du pyrophosphate de fer citro-ammonique, M. Robiquet cite le résultat de ses observations cliniques. C'est là une fâcheuse tendance que nous voyons se produire dans les travaux récents de bon nombre de pharmaciens. Ils s'exposent à se voir appliquer le jugement d'Apelle : *Sutor, ne ultrà crepidam judices.* Si M. Robiquet eût pris d'ailleurs connaissance des travaux publiés sur le pyrophosphate de fer et de soude, il aurait trouvé dans ceux de M. Leras, inspecteur d'Académie à Quimper, un modèle de la réserve dans laquelle les chimistes doivent se tenir à l'égard des applications pratiques des substances médicamenteuses. Comme les expériences de M. Leras ne sont point connues et qu'elles ne sont pas sans valeur au point de vue de la question qui s'agite, nous allons les rappeler.

L'on sait combien sont variés, et souvent plus ou moins tardifs, les résultats obtenus par l'emploi des différentes préparations martiales. Frappé de ce fait, M. Leras s'est mis à rechercher si la chimie n'arriverait pas à élucider cette question. Dans ce but, et à l'exemple de Quevenne, il s'est occupé d'étudier l'action du suc gastrique sur toutes les préparations ferrugineuses, d'abord celles employées le plus usuellement en thérapeutique.

A cet effet il a trituré des pilules de Blaud, de Vallet, des fragments de boules de Nancy dans de l'eau distillée, et vingt-quatre heures après il a filtré les parties solubles de ces préparations. Il a filtré de même des dissolutions de citrate et de lactate de fer, puis de tartrate ferrico-potassique. Enfin parmi les dissolutions de sels de fer inusités, nous citerons seulement celle de pyrophosphate de fer et de soude. Toutes ces dissolutions, parfaitement limpides, furent placées dans des verres à pied, et dans chacune d'elles M. Leras y versa une égale quantité d'une dissolution de suc gastrique également filtré. Sous l'influence de ce réactif toutes les solutions, à l'exception toutefois de celle du pyrophosphate, furent plus ou moins

---

(1) Avant d'aborder cette étude, il importerait de savoir le mode de préparation du pyrophosphate de fer citro-ammonique ; or, M. Robiquet ne le fait pas connaître. Un fort habile pharmacien, en calculant la quantité du nouveau produit de M. Robiquet sur les données de son mémoire, n'a pu préparer ce sel ; il est obligé de faire des expériences pour arriver au résultat cherché. Il y a là une lacune regrettable, que M. Robiquet se hâtera, nous l'espérons, de faire disparaître.

troublées immédiatement, et après vingt-quatre heures elles présentaient un précipité notable. La dissolution du pyrophosphate seul avait conservé sa limpidité première. L'expérience ayant été répétée plusieurs fois avec le même succès, l'auteur se crut autorisé à conclure que le nouveau sel de fer ne devait pas subir dans l'estomac la transformation en oxyde ferrique, qui a lieu même avec les préparations martiales les plus solubles, et qu'il devait être absorbé d'emblée. Ce premier résultat de son expérimentation fut communiqué à l'Académie des sciences (Séance du 17 septembre 1849).

Il restait à soumettre ces données fournies par les réactions chimiques au contrôle de l'expérimentation clinique. L'innocuité de tels essais et les occasions fréquentes de prescrire les préparations ferrugineuses permirent à plusieurs médecins d'Alençon (M. Leras était alors professeur de physique au lycée de cette ville) d'essayer la solution de pyrophosphate de fer et de soude. Les résultats remarquables qu'ils obtinrent de son emploi dans la chlorose ne tardèrent pas à les convaincre que l'introduction de ce sel serait une acquisition réelle pour la thérapeutique. Encouragé par ces faits, M. Leras adressa en 1855 un second mémoire à l'Académie de médecine. Ce nouveau travail se terminait par les conclusions suivantes : 1° que les préparations de fer employées en médecine sont toutes plus ou moins précipitées en oxyde ferrique dans l'estomac; 2° que le pyrophosphate de fer et de soude fait exception; 3° que ce sel semble destiné à prendre rang parmi les préparations les plus efficaces de la médication ferrugineuse.

L'honorable chimiste ne sortait pas de son rôle en formulant de semblables conclusions. Avant de quitter Paris, M. Leras, désireux de voir l'expérimentation thérapeutique se produire sur une plus large échelle, fit préparer une certaine quantité de solution de pyrophosphate de fer et de soude qu'il confia à la pharmacie Dorvault, afin qu'elle fût à la disposition des commissaires nommés par l'académie. Toutefois instruit par l'expérience du peu de fond qu'on peut faire sur les travaux des commissions, M. Leras nous fit distribuer à MM. Aran, Barth et moi, des échantillons de son produit, avec prière de vérifier les effets obtenus par les premiers expérimentateurs. Les résultats de ce triple contrôle clinique, exercé depuis près d'une année et sur une assez large échelle dans les hôpitaux et en ville, sont identiques. Tous trois nous avons constaté que la solution du pyrophosphate de fer et de soude n'exerçait jamais aucune action sur l'estomac, qu'elle ne provoquait ni constipation, ni ces phénomènes d'excitation, qui forcent quelquefois d'abandonner la

médication ferrugineuse. Enfin les effets de cette préparation nous ont paru très-sûrs et très-prompts.

Ces faits méritaient d'être mis en relief; aussi est-ce moins pour prouver à M. Robiquet qu'il a eu tort de ne pas signaler les expériences si intéressantes de M. Leras, que nous écrivons ces lignes, que pour appeler l'attention de nos confrères sur les services que le pyrophosphate de fer et de soude pourra leur rendre, lorsqu'ils auront à mettre en œuvre la médication ferrugineuse chez des malades qui ne pourraient supporter aucune des préparations habituellement employées dans la pratique courante. D.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Traitement des flux hémorrhoïdaux trop abondants par l'usage de la mille-feuille (1).

En médecine pratique, il n'y a pas de petites choses : toutes les questions qui touchent à la thérapeutique, même par des points de détail, ont une véritable importance. C'est ce motif qui m'a engagé à publier cet article, dans lequel je me propose simplement de rappeler l'attention des médecins sur un médicament qui a joui autrefois d'un assez grand crédit et qui est aujourd'hui tombé presque complétement en désuétude, du moins dans les prescriptions des médecins.

Tous les jours nous nous plaignons du peu de ressources efficaces que nous offre la matière médicale ; nous faisons à l'envi nos efforts pour trouver des agents nouveaux, et nous ne nous doutons pas que notre impuissance vient souvent de ce que nous ignorons ou du moins de ce que nous avons oublié les recherches de ceux qui nous ont précédés dans la carrière et négligé les richesses thérapeutiques qu'ils avaient laborieusement amassées et consignées dans leurs ouvrages.

Cette réflexion s'applique surtout aux médicaments fournis par la classe si nombreuse de nos plantes indigènes. Si l'on compare,

(1) Nous avons reçu, il y a six mois, un travail analogue de M. Ronzier-Joly : *De l'emploi de la mille-feuille dans l'aménorrhée*; par un accident regrettable, ce manuscrit se trouve en partie détruit. Notre confrère étant engagé dans le concours pour l'agrégation à la Faculté de Montpellier, nous attendons la fin des épreuves pour réclamer une nouvelle copie de son travail. Ne voulant pas laisser passer l'enseignement qui découle de ces nouvelles études, nous empruntons à la Gazette médicale de Lyon le mémoire de M. le professeur J. Teissier. (*Note du Rédacteur en chef.*)

par exemple, les Traités de matière médicale écrits dans ces dernières années et qui sont le plus justement estimés, à ceux du siècle dernier et du commencement de celui-ci, on est vraiment surpris du nombre considérable de plantes dont nos pères avaient étudié les usages et sur lesquelles nous n'avons pas la moindre notion.

On pourrait citer par centaines celles dont ils faisaient un fréquent emploi et qui sont tombées dans l'oubli. A coup sûr, il en est parmi celles-ci qui ne méritent pas la réputation qu'on leur attribuait, et les anciens auteurs accordaient peut-être avec trop de complaisance et sans un contrôle suffisant des propriétés merveilleuses à des plantes qui sont loin de les posséder. Mais nous sommes entrés dans une voie qui n'est pas moins fâcheuse, en rayant de la matière médicale, au nom de la méthode d'observation exacte, un grand nombre de médicaments, uniquement parce que nous ne les avons pas expérimentés nous-mêmes. Nous nous privons ainsi d'agents qui peuvent quelquefois nous offrir des ressources précieuses, et il serait à désirer, dans l'intérêt des praticiens, qu'on revînt à l'étude sérieuse des effets physiologiques et thérapeutiques des plantes indigènes, comme l'a fait si utilement, dans ces derniers temps, M. Cazin, de Boulogne. Parmi ces plantes, qui sont aujourd'hui injustement abandonnées des médecins, je n'en citerai qu'une seule ici et des plus humbles, l'*achillée mille-feuille*, petite plante de la famille des corymbifères, désignée plus ordinairement sous le nom seul de *mille-feuille*, qui abonde dans nos pays et qui n'est peut-être dédaignée que parce qu'elle est très-commune.

La mille-feuille était très-connue des anciens ; elle faisait partie de tous les vulnéraires employés autrefois, et l'opinion que plusieurs auteurs ont émise que son nom d'achillée lui vient de ce qu'on attribuait sa découverte à Achille est une preuve de l'antiquité de sa réputation.

Mais sans remonter si haut, on trouve la mille-feuille citée avec de grands éloges dans les ouvrages de La Rivière, d'Alberti, de Stahl, d'Arnaud de Villeneuve, de Fr. Hoffmann, de Ferrein, de Chomel, de Hufeland, etc. — Il est difficile de citer des noms d'une autorité plus recommandable pour justifier le crédit d'un médicament.

Les propriétés que ces auteurs accordaient surtout à cette plante étaient d'agir comme antispasmodique dans les maladies nerveuses, comme tonique dans les atonies des organes digestifs, et enfin comme tonique et astringent dans les hémorrhagies passives,

principalement dans les hémorrhagies du rectum et de l'utérus. A ce dernier titre, la mille-feuille est encore restée dans la pratique usuelle des campagnes.

Au commencement de ce siècle, la mille-feuille occupait encore sa place dans tous les livres de matière médicale et dans tous les formulaires, comme on peut s'en convaincre en consultant les Traités de Cullen, de Schwilgué, de Desbois de Rochefort, de Barbier, d'Edwards et Vavasseur; puis, ayant été entraînée avec mille autres substances par le torrent de la médecine antiphlogistique, elle n'a pu surnager encore, malgré les efforts tentés par quelques auteurs pour la sauver, entre autres par M. Rickart (de Soissons), qui a publié en 1851 une dissertation très-bien faite sur les propriétés sédatives et antispasmodiques de cette plante, et aujourd'hui elle ne figure pas même dans l'ouvrage, d'ailleurs si justement célèbre, de MM. Trousseau et Pidoux, dans le Traité de matière médicale de M. Bouchardat, pas même dans le dernier Formulaire si complet et si riche de cet auteur.

Il ne faut pas s'étonner de cette omission, qui est commune à la mille-feuille et à bien d'autres plantes de notre pays; mais il est permis de regretter l'habitude qu'ont prise les thérapeutes modernes de laisser ainsi de côté, sous prétexte de simplifier la science, toutes les substances dont ils n'ont pu apprécier les effets par eux-mêmes.

Revenons à la mille-feuille, et puisqu'il faut recommencer l'œuvre de nos pères pour démontrer ses propriétés, abordons, sans aller plus loin, les considérations et les faits cliniques qui font l'objet de cet article, dans lequel nous nous proposons seulement aujourd'hui de prouver les services que la mille-feuille peut rendre dans le traitement des flux hémorrhoïdaux trop abondants.

Il n'est aucun médecin qui n'ait eu plusieurs fois l'occasion d'observer les cas dont nous parlons, et qu'il importe de bien spécifier. Il ne s'agit point ici des hémorrhoïdes fluentes ordinaires, que le praticien doit ordinairement respecter et pour lesquelles il ne doit intervenir que lorsqu'elles sont douloureuses. Il ne s'agit pas non plus de ces hémorrhoïdes dégénérées dont on ne peut avoir justice que par une opération chirurgicale, c'est-à-dire qu'à la condition de les détruire par le bistouri ou par les caustiques. Nous voulons parler surtout de ces hémorrhoïdes, sans lésion profonde de l'intestin, qui laissent cependant écouler une quantité considérable de sang, qu'on peut évaluer sans exagération, chez quelques sujets, à une demi-verrée, une verrée, un demi-litre et même à un litre par

jour, et qui jettent les malades dans un état de débilité extrême et d'anémie véritable.

Les faits de cette nature sont loin d'être rares; on en trouve des exemples fort curieux dans les auteurs. De Montègre, qui a fait sur les hémorrhoïdes la monographie la plus exacte et la plus complète qui ait été écrite jusqu'à présent, a relaté, dans le grand Dictionnaire des sciences médicales, la plupart de ces faits. — Ainsi il rapporte que Montanus a vu un hémorrhoïdaire qui, durant quarante-cinq jours, rendit deux livres de sang et plus par jour; que Ferdinand cite une fille de vingt ans, sanguine et sédentaire, qui, par suite d'un violent chagrin, eut des tumeurs hémorrhoïdales, puis, durant plusieurs mois, un écoulement d'environ une demi-livre de sang sortant chaque jour avec les excréments: les règles fluaient cependant avec régularité chaque mois; que Panarola a connu un noble espagnol qui depuis quatre ans rendait tous les jours deux verrées de sang, etc., etc.

Nous voulons même aller plus loin, et montrer que la mille-feuille jouit encore d'une grande efficacité contre les hémorrhoïdes dont le flux n'est pas seulement sanguin, mais encore muqueux ou puriforme, et ressemblant à une véritable blennorrhée, en admettant toujours, bien entendu, l'absence d'une désorganisation grave, d'une dégénérescence squirrheuse de l'intestin. Ces flux hémorrhoïdaux purulents, on le sait, entraînent également, quand ils sont abondants, une débilité déplorable et les symptômes de la cachexie.

Or, quels sont les moyens habituellement mis en usage et conseillés par les auteurs les plus modernes contre ces deux espèces d'hémorrhoïdes anormales, le flux hémorrhoïdal trop abondant et la blennorrhée anale? — Ces moyens sont assez nombreux, et pour la plupart ils doivent être conservés; mais leur emploi est loin d'être toujours dépourvu de danger, et leur administration exige une très-grande prudence.

En effet, la médication qui est la plus recommandée consiste surtout dans l'usage des astringents et du froid, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Ainsi les auteurs conseillent en général les boissons faites avec les acides minéraux et végétaux, avec le ratanhia, la bistorte, le cachou, le kina, l'écorce de chêne, l'alun en pilules ou en solution, le seigle ergoté, etc., puis les lavements froids et les lotions fraîches avec l'eau albumineuse, les solutions d'acétate de plomb, de sulfate de fer, d'alumine, etc.

Je le répète, la plupart de ces moyens peuvent trouver une application utile, et je suis bien éloigné de croire et par conséquent de

dire qu'ils doivent être proscrits. Je crois seulement, et en cela je suis bien convaincu de rencontrer de l'assentiment parmi mes lecteurs; je crois, dis-je, que souvent il ne doit pas être sans inconvénient de supprimer, par des lotions d'eau glacée ou par des astringents très-énergiques appliqués localement, des écoulements hémorrhoïdaux rouges ou blancs, un peu considérables, alors même qu'ils tiennent à une exhalation passive du rectum.

Il vaut mieux à coup sûr, si on le peut, combattre la maladie par des moyens moins répercussifs et qui n'agissent pas sur l'intestin par une simple astriction. Or, la mille-feuille présente précisément cet avantage.

Cette plante jouit d'une action véritablement élective sur le gros intestin. C'est une action tout à la fois tonique, astringente et même sédative.

L. Rivière (Précis méd., l. X, ch. XII) recommande la mille-feuille comme moyen antispasmodique et légèrement astringent dans les cas d'hémorrhoïdes douloureuses.

Alberti (Diss. de hemorr.) donne le même conseil. Arnaud de Villeneuve et Schuster avaient également observé que l'infusion de mille-feuille dissipe les hémorrhoïdes et apaise leurs douleurs.

D'un autre côté, voici ce qu'écrit Hufeland : « Au lieu de sang, le flux hémorrhoïdal peut fournir du mucus. On observe alors du ténesme et d'autres symptômes hémorrhoïdaux, où auparavant il existait des hémorrhoïdes fluentes. Cette espèce d'écoulement, semblable aux flueurs blanches, peut engendrer comme elles la cachexie. Il reconnaît pour cause des hémorrhoïdes dont le flux ne peut s'établir, une faiblesse locale, une métastase, une débilité générale. Le traitement consiste à employer les moyens propres à guérir la disposition hémorrhoïdale, *principalement l'herbe de mille-feuille* et les eaux ferrugineuses. »

Ces témoignages prouvent au moins que les médecins ont eu tort d'abandonner entièrement l'usage de la mille-feuille dans le traitement des hémorrhoïdes, puisque des hommes d'une autorité incontestable s'accordaient à en vanter les bons effets. Ne serait-il pas logique de revenir sur ce sujet, et de soumettre au contrôle de l'expérience les assertions de ces auteurs ?

C'est ce que j'ai essayé de faire pour mon compte, et bien que mes observations personnelles ne puissent avoir qu'une bien faible importance, je demande la permission d'exposer ici quelques-unes de celles que j'ai faites et que je ne relaterai que pour en appeler d'autres.

Obs. I. M. P..., âgé de vingt-huit ans environ, d'un tempérament éminemment nerveux, d'une constitution naturellement assez robuste, mais déjà ébranlée par quelques maladies antérieures, notamment par une maladie vénérienne, vint réclamer mes conseils pour un flux sanguin très-abondant qu'il avait par l'anus, et qui le débilitait profondément.

Ce jeune homme me raconta qu'à la suite d'une blennorrhagie, il avait contracté une névralgie du col de la vessie très-douloureuse; que cette névralgie avait été suivie elle-même d'un gonflement hémorrhoïdal accompagné de ténesme et d'une tension pénible à l'anus; que les hémorrhoïdes, dans le début, laissaient seulement suinter quelques gouttes de sang; mais que sous l'influence d'un exercice d'équitation fait avec trop peu de ménagement, l'écoulement sanguin avait augmenté sans que les douleurs diminuassent et avait fini par devenir tellement abondant que chaque fois que M. P... allait à la selle, le sang fluait par saccades et pouvait être évalué à un quart de litre. Ce sang était très-liquide, moitié séreux et d'un rouge foncé. Il s'échappait probablement par une petite ouverture veineuse, car le malade avait la sensation très-nette d'un orifice ou d'un pore placé dans l'intérieur même de l'intestin, plus haut que l'anus, qui se débouchait et laissait couler le sang.

Un pareil écoulement ne pouvait durer longtemps sans affaiblir M. P. C'est ce qui arriva bientôt en effet. La marche devint difficile, le visage pâlit et s'altéra, le malade maigrit, et comme il était extrêment nerveux et craintif, il tomba dans un état de langueur et d'anxiété qui s'alliait, comme on le voit souvent, à une irritabilité de caractère des plus prononcées.

Cet état m'inquiétait moi-même beaucoup. Les premiers jours, la position étant moins grave, je ne pensai pas devoir chercher à supprimer le flux sanguin, et je me bornai à prescrire le repos, des suppositoires opiacés et belladonés pour combattre le ténesme et les douleurs hémorrhoïdales, les lotions avec de l'eau à la température de l'appartement, et un régime doux; mais quand je vis les progrès que faisait la faiblesse et se dessiner les symptômes de l'anémie, je ne balançai pas à agir.

L'indication était formelle; mais comment la remplir? On pouvait immédiatement employer les topiques astringents, l'eau glacée, les solutions d'alun, de sulfate de fer, puis à l'intérieur le ratanhia. Mais je n'osais pas : ce moyen ne me paraissait pas sans danger; je craignais une répercussion en raison surtout de l'état fluxionnaire du rectum, qui existait toujours.

Ayant lu alors dans Hufeland le passage que j'ai transcrit un peu plus haut et dans lequel il vante l'emploi de la mille-feuille, et l'ayant rapproché d'un autre passage de Montègre, où il relate l'opinion de Rivière, d'Alberti, d'Armand de Villeneuve sur les bons effets de la mille-feuille dans les hémorrhoïdes, je me décidai à tenter l'emploi de ce remède, qui me paraissait très-bien convenir à l'état de M. P. Mes espérances ne furent point trompées.

L'infusion de mille-feuille, à la dose de trois tasses par jour, amena un changement des plus heureux et très-rapide. Elle ne tarit pas brusquement le flux hémorrhoïdal, comme auraient pu le faire les topiques froids et astringents : elle le modéra d'abord simplement, puis le diminua d'une manière progressive; et enfin, au bout d'une quinzaine de jours, il ne suintait plus par l'anus que quelques gouttes de sang, qui se tarirent elles-mêmes un peu plus tard. Et, chose digne de remarque, c'est que l'état général suivait la même amélioration que l'état local. A mesure que le flux diminuait, les forces se relevaient ainsi que

l'appétit, le ténesme et les douleurs s'apaisaient, la susceptibilité nerveuse devenait moins vive.

Depuis cette époque, le flux hémorrhoïdal excessif n'a plus reparu ; mais M. P. est resté sujet à une simple affection hémorrhoïdale qui parfois, sous l'influence de la fatigue, s'accompagne de gonflement et de douleur, et qui, du reste, paraît être plutôt utile que nuisible à sa santé.

N'est-il pas évident que dans ce cas la mille-feuille a eu un effet heureux? N'est-on pas autorisé à dire qu'elle a agi tout à la fois comme moyen antihémorrhagique, comme sédatif des douleurs hémorrhoïdales, et enfin comme tonique? Quoi qu'il en soit, ce succès m'avait impressionné et encouragé, et j'ai saisi avec empressement les occasions qui se sont offertes à moi d'étudier par de nouvelles expériences les effets de la mille-feuille dans les flux hémorrhoïdaux.

Obs. II. M. L., bottier, âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament bilieux, d'une constitution assez bonne, mais ayant habituellement le teint pâle jaune qu'ont souvent les ouvriers de sa profession, était affecté depuis plusieurs années de tumeurs hémorrhoïdales qui paraissaient liées à sa vie sédentaire et à la nécessité où il était d'être presque toujours assis. Dans le principe ces tumeurs ne le gênaient pas beaucoup, et, à part quelques douleurs très-supportables, elles n'occasionnaient aucun dérangement notable dans la santé; mais plus tard elles changèrent entièrement de caractère : elles devinrent fluentes sans devenir plus volumineuses ni plus douloureuses; et toutes les fois que M. L. allait à la selle, un jet de sang liquide et noirâtre s'écoulait par l'anus. Ce jet fut d'abord d'une à deux cuillerées par jour, puis successivement il devint beaucoup plus abondant, d'une demi-verrée, et plus encore à chaque défécation. Aussi les forces s'altérèrent-elles bientôt, la pâleur naturelle du visage augmenta, le malade perdit l'appétit, éprouva de l'essoufflement en marchant, ne travailla plus qu'avec un sentiment profond de lassitude. Il perdait ainsi une quantité de sang qui pouvait être évaluée à 125 ou 150 grammes par jour, depuis plusieurs mois, quand il vint me demander conseil.

Je le trouvai tellement épuisé et en proie à des symptômes d'anémie si prononcés, que je ne balançai pas un instant à combattre le flux hémorrhoïdal excessif qui le débilitait et que j'attribuai à un engorgement variqueux de la partie inférieure du rectum, lequel engorgement amenait une exhalation passive de la membrane muqueuse. Aucun médicament répercussif ne fut appliqué, aucune lotion astringente ne fut faite, et j'administrai d'emblée les infusions de mille-feuille, à la dose de trois tasses par jour.

Les effets de cette médication, malgré sa simplicité, furent rapides. Au bout de dix jours, l'écoulement hémorrhoïdal avait déjà diminué sensiblement, et au bout de trois semaines il avait complétement cessé. — En même temps que le flux anal se modérait, les forces se relevaient, la santé générale reprenait son état naturel. Ce malade, que j'ai revu très-souvent depuis cette époque, n'a plus éprouvé de perte sanguine par le fondement. Il a ressenti seulement quelquefois un peu de fluxion hémorrhoïdale.

L'action de la mille-feuille me paraît avoir été évidente dans ce cas. C'est elle manifestement qui a fait cesser l'hémorrhagie du rectum par son action élective sur le système nerveux et sur les vaisseaux du rectum ; elle a déterminé le resserrement des vaisseaux de cette partie et fermé les pores par lesquels le sang s'exhalait.

Obs. III. Une dame de trente ans environ, d'une constitution assez forte, mais disposée aux névropathies et même aux crises hystériques, par suite de chagrins violents qu'elle avait éprouvés, recevait depuis plusieurs mois mes soins pour une affection de l'utérus. Cette affection, qui consistait dans un engorgement du col avec abaissement de l'organe tout entier, déterminait chez cette malade, comme cela s'observe si souvent, une leucorrhée abondante, des pesanteurs dans le bassin, des maux de reins, de la dysménorrhée, des envies fréquentes d'uriner, de la constipation et quelquefois aussi un gonflement hémorrhoïdal accompagné de tension à l'anus, rendant la marche difficile. — La pression de la matrice sur l'extrémité inférieure du rectum finit par amener dans cette partie une fluxion habituelle et même un écoulement sanguin par l'intestin, qui, d'abord asez faible, devint peu à peu assez abondant, sans jamais dépasser pourtant une quantité égale à deux ou trois euillerées par jour.

Il n'en fallut pas davantage néanmoins pour que le flux, se reproduisant tous les jours, occasionnât de grands malaises. L'état névropathique augmenta et se traduisit par des spasmes et des crises hystériques fréquentes. Le visage prit un teint terne et couleur de cire, et la malade prit un air de faiblesse et de langueur.

Dans ce cas, bien que le flux hémorrhoïdal ne fût pas excessif, comme il épuisait la malade et la jetait dans un état nerveux déplorable, je crus devoir le combattre, et je m'applaudis d'avoir à ma disposition la mille-feuille, parce qu'en raison de la congestion utérine et de la dysménorrhée, je n'aurais pas osé prescrire le ratahnia, l'alun, les lotions répercussives.

J'administrai donc la mille-feuille en infusion, comme dans les cas précédents, et j'eus la satisfaction, sous l'influence de cette médication si simple, de voir cesser graduellement l'écoulement sanguin qui se faisait par l'intestin, diminuer la fluxion et la douleur des hémorrhoïdes, les forces se relever et les désordres nerveux s'amender considérablement. Cette dame ne fut sans doute pas guérie de son hystérie ni de son engorgement utérin, mais elle fut débarrassée entièrement de l'hémorrhagie anale et des inconvénients qu'elle entraînait.

Obs. IV. Je fus consulté, l'année dernière, par un jeune homme d'une trentaine d'années, agent comptable dans une maison de banque, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'un caractère ardent et menant une vie sédentaire peu en rapport avec sa nature physique et morale, qui était tout étonné et extrêmement contrarié de perdre une abondante quantité de sang par le fondement. Ce jeune homme souffrait peu ; il avait eu quelques boutons hémorrhoïdaux ; mais il s'était à peine aperçu de leur présence par un peu de gêne et de douleur ; seulement, il se sentait moins vigoureux ; ses jambes faiblissaient, il ne pouvait plus faire de course un peu longue, et, de plus, ses linges étaient presque constamment imbibés de sang. Sa santé générale s'altérait sensiblement sous l'influence du flux sanguin, qui était presque continu et qui durait depuis près d'un mois.

Bien que l'état de ce jeune homme fût beaucoup moins grave quo celui des malades déjà cités, je pensai qu'il y aurait préjudice pour lui si l'on respectait

plus longtemps un écoulement qui avait déjà occasionné une faiblesse assez prononcée, et je crus devoir prescrire de suite l'infusion de mille-feuille dont l'expérience m'avait appris les bons effets et dont je n'avais jamais vu l'usage suivi d'inconvénient.

Le résultat fut des plus satisfaisants; l'hémorrhagie anale fut guérie en très-peu de temps, et, quinze jours après le commencement du traitement, je reçus la visite du malade, qui avait retrouvé toute sa vigueur et son activité et qui manifestait avec joie sa surprise d'avoir été guéri si rapidement par un moyen aussi simple. Je ne crois pas que l'affection soit revenue depuis cette époque.

Voici maintenant une observation qui tend à faire penser que la mille-feuille peut non-seulement tarir les flux hémorrhoïdaux sanguins, mais aussi, comme l'a avancé Hufeland, les flux muqueux, les blennorrhées anales, qui, du reste, ne sont souvent que la conséquence des premiers.

Obs. V. Mme G., de Mâcon, âgée de quarante-cinq ans environ, ayant une grande excitabilité nerveuse et une santé altérée depuis longtemps par une irritation intestinale rebelle et par une affection hémorrhoïdale très-douloureuse, vint à Lyon, dans le milieu de l'été 1856, pour se faire traiter d'un engorgement qu'elle portait à l'extrémité inférieure de l'intestin et qui laissait suinter un liquide tantôt sanguin, tantôt, au contraire, blanchâtre et puriforme. Cet engorgement occasionnait à Mme G. de très-vifs élancemens, qui s'exaspéraient toutes les fois qu'elle allait à la selle et qui l'avaient tellement ébranlée et débilitée qu'elle ne pouvait presque pas sortir de son lit.

Quand je vis la malade pour la première fois, mon premier soin fut d'examiner attentivement la partie lésée, et je constatai l'existence d'une fluxion hémorrhoïdale ancienne, avec épaississement et rougeur de la muqueuse du rectum, et de plus avec plusieurs gerçures évidentes, lesquelles expliquaient suffisamment les vives douleurs occasionnées par la défécation. La lésion était si grave que je craignis même d'avoir affaire à une de ces dégénérescences commençantes qui nécessitent l'extirpation à l'aide des moyens de la chirurgie, et que je crus devoir communiquer cette impression à la famille. L'ancienneté de la maladie, la nature de l'engorgement, l'existence des crevasses, les douleurs lancinantes, la sécrétion muco-purulente qui s'écoulait de l'intestin, le mauvais état de la santé générale, tout justifiait mes appréhensions.

Cependant je résolus de tenter quelques moyens médicaux, et j'administrai : 1° les infusions de mille-feuille, dans l'espérance de diminuer la sécrétion abondante fournie par la tuméfaction hémorrhoïdale, de relever les forces et de calmer les douleurs ; 2° je fis introduire dans le fondement des suppositoires additionnés d'extrait de ratanhia et de belladone, pour combattre les fissures. — Cette première prescription, loin de produire un soulagement, comme je l'avais espéré, sembla aggraver les souffrances. La malade se plaignit surtout de l'effet irritant produit par les suppositoires. Ceux-ci furent alors changés et préparés simplement avec le beurre de cacao et la belladone ; l'infusion de mille-feuille fut continuée.

A partir de ce jour, les symptômes s'amendèrent un peu : l'écoulement hémorrhoïdal diminua ainsi que les douleurs, et les évacuations alvines devinrent plus faciles. Cette amélioration suivit une marche progressive, tout en présentant quelques alternatives de hausse et de baisse. Enfin, au bout de trois

mois, l'affection du rectum, qui durait depuis plus de dix ans, paraissait complétement guéric, c'est-à-dire que le flux mucoso-purulent était tari et que Mme G. n'éprouvait plus aucune souffrance du côté du rectum. — Toutefois, je dois à la vérité de dire que, pendant quelque temps, les douleurs hémorrhoïdales furent remplacées par des névralgies de l'estomac et de la tête; mais ces névralgies ont facilement cédé aux moyens qui ont été mis en usage, et aujourd'hui, la santé de Mme G. est vraiment satisfaisante. De temps en temps un petit mouvement fluxionnaire reparaît vers les hémorrhoïdes, mais ces mouvements sont de courte durée.

Je me crois encore autorisé à faire honneur de cette guérison à la mille-feuille, car on ne peut l'attribuer au ratanhia, qui n'a pu être supporté; et, tout en reconnaissant que les suppositoires de belladone peuvent avoir contribué à diminuer les douleurs produites par les gerçures, je ne puis admettre que ce soient eux qui aient tari la sécrétion fournie par la partie lésée et relevé les forces de la malade.

Indépendamment des faits précédents, je pourrais en citer quelques autres tirés de mon service à l'hôpital et qui viendraient plaider en faveur de la mille-feuille. Mais, comme ces faits sont un peu moins concluants, parce que je n'ai vu les malades que pendant un temps trop restreint, je ne les exposerai pas ici.

Toutefois, il me semble logique de conclure que la mille-feuille jouit de la propriété d'arrêter les flux hémorrhoïdaux; son action a été si manifeste chez les malades dont j'ai cité les observations que je ne puis en douter pour mon compte.

Mais peut-être quelques médecins penseront-ils, en lisant ces observations, que la mille-feuille a agi dans ces cas à titre d'astringent ordinaire, comme l'auraient fait le cachou, le ratanhia, la bistorte, l'alun, etc. — Je conçois très-bien qu'on ait, au premier abord, cette opinion; mais j'ai de bonnes raisons, que j'espère faire partager, pour ne pas la croire exacte. La principale raison, c'est que la mille-feuille n'agit point comme astringent dans la plupart des autres hémorrhagies où le cachou, le ratanhia, l'alun, agissent très-efficacement, comme dans l'hémoptysie, l'hématurie, la métrorrhagie, etc. Dans cette dernière affection, la mille-feuille n'est pas complétement inefficace, parce qu'elle semble agir spécialement sur les vaisseaux et sur les nerfs du petit bassin, mais elle est loin d'avoir la puissance de plusieurs autres substances, surtout de l'alun et du seigle ergoté. D'un autre côté, les praticiens qui, dans les cas de flux hémorrhoïdaux excessifs, voudront administrer, par comparaison, le ratanhia, le cachou ou l'alun à l'intérieur seulement, et la mille-feuille, pourront se convaincre facilement de l'efficacité plus grande de cette dernière. L'action de la mille-feuille sur les flux hémorrhoïdaux me paraît spéciale et un peu analogue à

celle de la cannelle dans les hémorrhagies utérines, suites de couches, ou par inertie de la matrice.

En résumé, tenant compte de l'opinion des auteurs qui ont écrit sur les effets médicaux de la mille-feuille et des faits que j'ai observés moi-même, je suis conduit à conclure :

1° Que la mille-feuille, administrée à l'intérieur sous forme d'infusion ou de jus exprimé, a une action puissante sur les humeurs hémorrhoïdales ;

2° Qu'elle a la propriété de modérer et même de supprimer les flux hémorrhoïdaux excessifs, propriété précieuse dans les cas où l'écoulement sanguin est assez considérable pour occasionner, comme on le voit assez souvent, la perte des forces ou même une véritable anémie;

3° Qu'elle a encore la propriété de tarir les sécrétions muqueuses et puriformes du rectum qui tiennent seulement à des engorgements hémorrhoïdaux et non à des dégénérescences cancéreuses ;

4° Que l'action antihémorrhagique de la mille-feuille n'est point le résultat d'une simple astriction qui pourrait être répercussive ; qu'elle agit d'une manière spéciale et directe sur les vaisseaux et sur les nerfs du rectum, et que cette action, comme l'ont dit quelques auteurs, est en effet tout à la fois astringente, tonique et sédative;

5° Que l'usage de ce médicament doit être surtout réservé pour les flux hémorrhoïdaux passifs avec état variqueux et atonie du rectum, et pour les flux qui, bien qu'actifs, ont amené par leur abondance une débilité profonde et des désordres dans la santé générale.

J. Teissier.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Deux observations d'anthrax traité par les grandes incisions. — Dans le numéro du 15 décembre dernier (page 494), nous avons publié un très-intéressant travail de M. Hawkesworth Ledwich sur le traitement de l'anthrax. Après quelques considérations sur la symptomatologie de l'anthrax, l'auteur aborde le point capital de son mémoire, le traitement de cette affection en général. En parlant de l'incision, l'auteur signale les diverses opinions qui ont été émises par les chirurgiens les plus compétents. M. Nélaton conseille, dans son Traité de pathologie chirurgicale, de ne pas recourir à l'incision parce qu'elle ne peut faire cesser l'étranglement, puisque cet étranglement réside dans un grand nombre d'aréoles du tissu cellulaire,

dont la plupart échapperont à l'action de l'instrument tranchant; l'étranglement persistera donc dans ces dernières, qui seront incomparablement plus nombreuses. Depuis quelques années déjà M. Nélaton a changé de manière d'agir; nous avons cru devoir signaler ce fait dans une note ajoutée au travail de M. H. Ledwich. Un des élèves les plus distingués de M. Nélaton, M. Rouyer, nous adresse un mot sur les motifs qui ont conduit ce chirurgien distingué à changer de pratique; car s'il a maintenant recours à l'incision, il n'en conserve pas moins sa première opinion relativement à l'étranglement.

Voici du reste, dit M. Rouyer, comment il s'est exprimé à cet égard dans ses leçons cliniques, à propos de plusieurs malades qui se trouvaient placés dans son service : « L'anthrax est constitué par l'inflammation du tissu adipeux contenu dans les nombreuses aréoles du derme; pour faire cesser l'étranglement qui en résulte on a conseillé de recourir à l'incision de l'anthrax, incision qui est complétement incapable d'atteindre ce but, puisqu'elle ne porte que sur un nombre très-restreint de ces aréoles. Mais cette inflammation se complique de celle du tissu cellulaire sous-cutané; il se forme alors un véritable phlegmon diffus, tendant comme à se terminer par la mortification des tissus. Or ce phlegmon, quelle que soit son origine, conserve toujours ce caractère et doit être traité de la même manière. Ce traitement c'est l'incision, ce sont les incisions longues et nombreuses. C'est donc contre ce phlegmon diffus, consécutif à l'anthrax, et non contre l'étranglement des aréoles, que je pratique ces incisions, et j'ai toujours trouvé un grand avantage à agir de cette manière. Quand les incisions pourront être faites à une époque assez rapprochée du début de l'affection, elles pourront prévenir la gangrène du tissu cellulaire sous-cutané. »

M. Rouyer termine sa note par les deux observations suivantes, dans lesquelles ce mode de traitement a été employé.

Obs. I. Rose M..., quarante-six ans, casquettière, entrée le 15 novembre, porte à la nuque un anthrax de la largeur de la main, à peu près. Il y a déjà une quinzaine de jours que le mal a commencé; on sent de la fluctuation. M. Nélaton pratiqua, le 17 novembre, une incision transversale s'étendant à toute la longueur de la tumeur, et deux autres incisions parallèles, coupant perpendiculairement la première. Il en résulta un grand soulagement pour la malade quelques heures après l'opération; du pus s'écoula en abondance, ainsi que des lambeaux gangrénés de tissu cellulaire : on applique des cataplasmes. A partir de ce moment, l'inflammation cesse dans tous

les points de la tumeur ; la plaie se déterge, le gonflement inflammatoire disparaît ; la cicatrisation se fait, et la malade sort guérie le 20 décembre.

Obs. II. Marie S..., quarante ans, frangière, entre, le 9 décembre dernier, à l'hôpital des Cliniques, pour un anthrax de la région scapulaire droite. Après l'apparition de trois furoncles à la nuque, l'anthrax s'est montré il y a environ trois semaines ; il s'est développé peu à peu et a acquis à peu près la largeur de la main. Il existe deux petites ouvertures qui donnent issue à du pus ; sur toute la surface on remarque de petits points purulents, enchâssés dans l'épaisseur du derme. Dans les intervalles, la peau est rouge, œdémateuse. Le 10 décembre, M. Nélaton fait une longue incision suivant le grand diamètre de la tumeur et quatre autres incisions parallèles, perpendiculaires à la première. Il sort du pus et des lambeaux gangrénés. Le lendemain, issue de quelques autres petits lambeaux qui se détachent. Le gonflement inflammatoire diminue, la douleur a presque entièrement disparu. Le surlendemain, le fond de la plaie est granuleux ; les lambeaux s'y appliquent. Pansement simple. La cicatrisation se fait. Guérison et sortie de la malade le 18 janvier 1857.

C'est le cas de répéter avec Baglivi que ce n'est pas l'idée qui préside à l'emploi du moyen thérapeutique qui guérit, mais bien le moyen lui-même, et cela en chirurgie comme en médecine. Il ne faut donc jamais abandonner à la légère les traitements consacrés par l'expérience ; les grandes incisions dans l'anthrax se trouvent de ce nombre.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Accouchement. *De l'infusion de la lobélie en injections et du tartre stibié en lavements, comme moyen de triompher de la rigidité du col utérin.* Rien de mieux démontré aujourd'hui que l'influence des douches pour provoquer les contractions de l'utérus et la dilatation du col. Ajouterait-on à leur action en substituant une décoction médicamenteuse à l'emploi de l'eau simple ? Le fait suivant semblerait l'indiquer. Chez une femme primipare, âgée de quarante et un ans, le professeur Brickell, de New-Orléans, trouva, après un travail de dix-huit heures, l'orifice utérin de la grandeur d'un demi-dollar, aussi rigide que possible, sec et chaud. Il fit préparer une infusion de 1 gramme de lobélie pour une pinte d'eau et en fit injecter, tous les quinze à vingt minutes, environ trois onces dans le vagin. En moins d'une heure, l'orifice utérin était ramolli et dilaté, le vagin et la vulve bien préparés. On rompit les membranes, et l'accouchement était terminé une demi-heure après. Cette action spéciale de l'infusion de la lobélie paraît être vulgaire aux États-Unis et constituer une méthode formulée par le docteur Livezey.

Nous trouvons dans le même journal un nouveau fait à l'appui des bons effets du tartre stibié en lavements, employé dans les mêmes circonstances tocologiques. Le docteur Alexander,

du Kentuky, dans un cas où le col utérin, dilaté de la dimension d'un dollar, présentait une consistance comme cartilagineuse; ce médecin crut devoir essayer l'ipéca par la bouche. L'action vomitive de la substance augmenta les douleurs sans diminuer la rigidité du col; il fit donner alors un quart de lavement tiède, contenant 15 centigr. de tartre stibié. Au bout de dix minutes la dilatation du col était complète; les douleurs expulsives acquirent alors une grande intensité et terminèrent l'accouchement en moins de cinq minutes. (*Memphis med. Recorder.*)

Charbon de bois. *Son emploi dans quelques maladies spéciales.* Dans les affections intestinales des enfants, compliquées de la présence de vers, M. Bird assure que la poudre de charbon de bois, à la dose de 50 à 75 centigr., additionnée de 5 centigr. d'ipéca et 15 à 20 centigr. de rhubarbe en poudre, prise au moment du coucher, agit avec une merveilleuse promptitude. Cette formule enraye les sécrétions dérangées et rend du ton à l'économie.

Dans la gastralgie et la gastrodynie, la poudre de charbon, à la dose de 1.50 à 2 grammes, trois fois par jour, prise dans un peu d'eau, manque rarement de produire un effet favorable. Dans les cas de ténesme intense, accompagné d évacuations muqueuses, et même sanglantes, une injection dans le rectum avec une décoction d'arrow-root ou de gruau, contenant 1 gr. 25 de poudre de charbon, a presque toujours procuré un soulagement immédiat. C'est un puissant absorbant des fluides, tant aqueux que gazeux; et comme il ne subit aucun changement dans l'estomac, il peut être considéré comme le seul agent sur lequel le médecin puisse compter; les substances minérales absorbantes, la chaux, la magnésie, le bismuth, se combinent avec les acides qu'ils rencontrent, tandis que les substances analogues empruntées au règne végétal, sont décomposées par le travail de la digestion et fournissent alors de nouvelles quantités de gaz aggravant l'état des malades. (*Memphis med. Recorder.*)

Curare (*Du*) *comme antidote de la strychnine et comme moyen de traitement du tétanos.* Les propriétés du curare, sur lesquelles MM. Alvaro Reynoso et Ch. Bernard ont appelé l'attention du monde savant, sont elles de nature à être utilisées en thérapeutique? On sait que cette substance, introduite dans l'économie, produit la paralysie. On a été conduit par là à se demander si cette action ne pourrait pas être considérée comme antagoniste de l'action de la strychnine, et si, par conséquent, on ne pourrait pas songer à l'administrer, soit comme antidote de la strychnine, soit comme remède du tétanos. L'action extrêmement énergique de ce poison commandait, bien entendu, les plus grandes réserves dans ces déductions, et surtout dans l'expérimentation. Pour résoudre cette question, on en a appelé à l'expérimentation, mais bien entendu sur les animaux exclusivement. Voici quelques-uns des résultats qui ont été obtenus et qui ne présentent pas moins d'intérêt au point de vue de la thérapeutique qu'au point de vue physiologique ou toxicologique.

Le célèbre physiologiste allemand, M. Virchow, a fait un grand nombre d'expériences, dans le but de savoir si le curare et la strychnine se paralysent mutuellement, autrement dit s'ils peuvent être le contre-poison l'un de l'autre. Ces recherches ne lui ont pas donné des résultats bien concluants, parce que chacun des deux poisons agissait avec trop d'énergie. Cependant un chien empoisonné et entièrement paralysé se rétablit, grâce au traitement par la strychnine et continua à vivre sans la moindre perturbation.

D'après M. Harley, de Londres, qui a également étudié ce problème de physiologie thérapeutique, les deux poisons agiraient positivement comme antidote l'un de l'autre. Ainsi, dans une de ses expériences, il a empoisonné une grenouille avec 1/120e de grain de strychnine; trois minutes après que le tétanos a apparu, il a introduit sous la peau du dos 1/300e de grain de curare: au bout de sept minutes, le tétanos a disparu.

Dans une autre expérience, 1/500e de grain de curare et 1/40e de grain de strychnine furent injectés simultanément dans l'abdomen d'une grenouille à 1 h 5 min.; à 1 h. 10 min. elle était fortement tétanique; à 1 h. 30 m. elle était devenue parfaitement flasque; le lendemain, elle se portait très-bien.

Quelques-uns de ces faits ayant paru de nature à laisser subsister du doute dans l'esprit sur la valeur réelle des conséquences à en déduire, M. le docteur Vulpian a entrepris une nouvelle série d'expériences, dans le but d'é-

élairer de nouveau cette question. Voici les résultats sommaires de ces expériences.

Exp. 1re. Après avoir préalablement lié le corps d'une grenouille au niveau de la région lombaire, à l'exception des nerfs lombaires, de manière à interrompre les communications vasculaires entre la partie antérieure du corps et le train postérieur, mais en laissant communiquer librement ce train postérieur avec la moelle épinière, au moyen des nerfs lombaires, on introduit une très-petite quantité de curare dissous dans une plaie faite à la région dorsale. Au bout de quelques minutes, toute la partie du corps située en avant de la ligature est empoisonnée : la motricité y est complétement abolie dans tous les nerfs, mais la sensibilité y est conservée. Au bout de quelques minutes on introduit sous la peau, dans la même plaie, un demi-milligramme d'acétate de strychnine. Deux ou trois minutes après cette opération, les membres postérieurs deviennent plus excitables qu'ils n'étaient, et la sensibilité du train antérieur paraît aussi plus développée. Les effets de la strychnine se développant de plus en plus, on voit apparaître des secousses convulsives et une roideur tétanique bornées aux membres postérieurs. Ces phénomènes durent quelques instants, puis s'évanouissent pour se montrer de nouveau.

Dans cette expérience on voit la preuve que les deux poisons pénètrent dans les humeurs par le même point du corps, qu'ils se trouvent simultanément dans le sang, et que cependant leurs effets se montrent aussi tranchés que si on les eût employés isolément. Elle montre, en outre, que le curare n'agit pas sur la moelle, puisque les membres postérieurs ne sont pas paralysés, et qu'il borne son action aux nerfs moteurs, puisque la sensibilité subsiste dans les parties paralysées. D'où l'on peut conclure que le curare n'est pas un contre-poison *direct* de la strychnine; pas plus que la strychnine n'est le contre-poison *direct* du curare.

Exp. 2e. Une deuxième expérience a été faite pour voir si ces deux substances, quoique n'agissant pas sur les mêmes organes, pourraient néanmoins se contrarier mutuellement, neutraliser indirectement leurs effets. Elle a consisté à introduire dans le tissu cellulaire sous-cutané de la nuque, chez un chien adulte de petite taille, moins d'un demi-centigramme de strychnine. Cinq minutes après, l'animal ayant eu quelques frémissements dans les membres postérieurs d'abord, puis un accès violent de strychnisme, on versa immédiatement dans la même plaie deux gouttes de solution concentrée de curare. Trois minutes après, la respiration s'arrête et l'animal meurt, mais sans que les convulsions aient cessé juqu'au dernier moment.

Dans une 3e expérience, un chien empoisonné par la strychnine, de la même manière que le précédent, était en proie à l'accès de strychnisme le plus violent, lorsqu'on fait pénétrer dans la plaie une assez forte quantité de curare. Les convulsions continuent; après de très-légères interruptions, les secousses reparaissent. Après une secousse qui dure plus longtemps que les autres, l'animal paraît mort. A l'aide de la respiration artificielle, on fait renaître quelques mouvements respiratoires spontanés, et bientôt la respiration se rétablit tout à fait; la vie reparaissant de plus en plus, à mesure que la respiration se soutient et se régularise, un nouvel accès tétanique se manifeste très-violent et prolongé. Mais une seconde dose de curare ayant été introduite dans la plaie, la respiration recommence de nouveau à s'affaiblir; elle se suspend bientôt, et, cette fois, on ne parvient plus à la ranimer par la respiration artificielle.

On voit dans ces deux expériences les deux substances toxiques produisant successivement ou simultanément leurs effets respectifs sans paraître s'influencer réciproquement l'une l'autre. De nombreuses expériences de même genre ayant constamment produit les mêmes résultats, M. Vulpian a cru pouvoir en conclure que le curare n'est pas non plus un contre-poison *indirect* de la strychnine.

Le curare n'étant ni *directement* ni *indirectement* l'antidote de la strychnine, peut-on espérer qu'il serait un remède utile contre le tétanos? On n'a ici que l'analogie pour se guider, et si l'on considère combien le tétanos traumatique ou spontané ressemble aux effets de la strychnine, il y a tout lieu de présumer que le curare serait non seulement impuissant pour le guérir, mais que son action délétère s'ajouterait, sans le neutraliser, à l'effet de la maladie elle-même. (*Union méd.*, janv. 1857.)

Digitale *unie aux antimonIaux*

dans le traitement de la pneumonie. Les lecteurs du *Bulletin* n'ont certainement pas oublié le Mémoire de notre collaborateur, M. le docteur Duclos, de Tours, sur les effets contre-stimulants de la digitale dans la pneumonie. Sous l'inspiration de la lecture de ce travail, M. le docteur Bertet, de Cercoux a essayé cette médication, et il eu a obtenu des résultats extrêmement satisfaisants et qui viennent confirmer à tous égards ceux de notre collaborateur. Il sera intéressant de les rapprocher ici.

M. Bertet a traité huit cas de pneumonie sur des sujets d'âges très-différents : il n'y a pas eu un seul cas de mort. Non-seulement pas un de ces huit malades n'a succombé, mais tous ont guéri dans un espace de temps très-court et presque sans convalescence. Ces huit malades ont mis en tout, pour guérir de leur pneumonie, quarante-sept jours, ce qui fait un peu moins de six jours en moyenne. Celui qui a guéri le plus promptement a guéri en trois jours, et celui qui a mis le plus de temps à obtenir sa guérison est arrivé à ce résultat en huit jours. Enfin, tous les malades allaient mal au moment où ce traitement a été commencé, et tous en ont éprouvé du soulagement dans un délai très-court.

M. Bertet pense que la digitale a eu sa bonne part d'action dans la guérison de ces malades. Les préparations antimoniales, employées seules pendant longtemps, ne lui ont jamais paru avoir une action aussi positive et surtout aussi prompte que celle qu'il a constatée dans l'emploi de ces préparations unies à la digitale.

Une raison qui lui a paru militer encore en faveur de l'emploi de la digitale dans le traitement de la pneumonie, c'est son action remarquable sur la circulation. Un malade dont l'état était très-grave, et qui avait 110 pulsations sans avoir été saigné, et en prenant seulement, toutes les deux heures, une pilule contenant 5 centigrammes de kermès et 2 centigr. d'extrait de digitale, au bout de quarante-huit heures, ne battait plus que 88, et, quelques jours plus tard, donnait seulement 50 pulsations. C'est principalement à cet effet si remarquable sur le cœur que M. Bertet attribue l'efficacité de ce traitement. Il a toujours vu cette action précéder la résolution de l'organe respiratoire. (*Union méd.*, janvier 1857.)

Gangrène sénile (*Deux observations de*) *suivies de guérison.* Peut-être l'opinion générale des médecins est-elle portée vers un pronostic trop défavorable dans la gangrène sénile; peut-être aussi le traitement communément mis en usage, les applications de sangsues sur le trajet des artères, les applications stimulantes sur les parties douloureuses, ont-ils une influence fâcheuse sur la terminaison de la maladie. Toujours est-il que le traitement recommandé par Pott, ce traitement qui ne consiste pas seulement, comme on le dit généralement, dans l'emploi de l'opium, mais aussi dans l'emploi des bains de lait tiède, des cataplasmes émollients, en s'abstenant avec soin de toutes scarifications et surtout de toute opération sanglante, est bien plus propre à fournir des succès, d'autant plus que dans les grandes villes, la plupart des gangrènes séniles s'observent chez des sujets faibles, amaigris, privés souvent du nécessaire ou affaiblis par des excès de toute espèce. Nous publions avec intérêt les deux faits suivants, qui montrent qu'en appliquant ces principes, le médecin ne doit pas toujours désespérer de la guérison, même dans les cas les plus défavorables en apparence par l'étendue de la maladie et par l'âge des sujets.

Obs. I. W. O., marinier, âgé de soixante ans, entre à l'infirmerie Saint-Mary-le-Bone avec un peu de rougeur, de chaleur et de gonflement de l'index de la main gauche, dont l'extrémité était déjà brunâtre. Déjà, neuf ans auparavant, il avait eu de l'engourdissement et des douleurs dans les deux pieds. Cinq ans auparavant, un travail inflammatoire de mauvais caractère s'était montré sur le petit orteil du pied gauche, ce qui l'avait tenu au lit pendant un mois; cette partie avait eu une coloration très-foncée; mais à la longue, la guérison eut lieu sans gangrène; enfin, un an auparavant, il avait une gangrène qui avait envahi la plus grande partie du pied gauche, et pour laquelle il avait subi l'amputation sus-malléolaire. Du reste, il avait de la douleur et des élancements dans le bras gauche depuis plus de six mois. Le malade était assez faible et déprimé, les battements du cœur irréguliers, intermittents, avec un murmure systolique très prononcé. Du reste, bon appétit, assez bon sommeil, peu de douleur. On s'en tint à la diète lactée, des cataplasmes et des pilules de savon et d'opium. Le 20 octobre, le malade était déjà mieux;

cependant, le 22 novembre, la portion gangrénée du doigt n'était pas encore détachée, on dut couper la portion osseuse saillante, et des lambeaux furent ensuite légèrement réséqués pour former un moignon convenable. Le 7 décembre, la cicatrisation était complète; mais le pouce et les autres doigts étaient frappés à leur tour; au mois de juillet suivant, chaque doigt de la main gauche avait perdu les deux dernières phalanges et le pouce une. La cicatrisation était faite pour deux ou trois. Quelques mois plus tard, toute action gangréneuse avait disparu, et il ne restait qu'une très-légère ulcération.

Obs. II. E. V, âgée de quatre-vingts ans, entre également dans le service de M. Henry Thompson, au mois de septembre 1855. C'est une femme amaigrie, pâle, faible et déprimée, à l'arc sénile fortement développé, paraissant dans la plus profonde misère, et cependant ayant joui, d'après son dire, d'une santé excellente. Six semaines auparavant, elle avait aperçu une petite tache noire sur le petit orteil du pied gauche. Il s'en était suivi une gangrène qui avait envahi le petit orteil et une partie du bord externe du pied; une ligne de démarcation se formait le long de la base de l'orteil. Troubles des organes digestifs; pas de sommeil ni d'appétit. Après l'emploi de quelques purgatifs et d'un régime lacté léger, l'appétit revint et la malade s'améliora beaucoup sous l'influence d'une alimentation fortifiante et de l'opium matin et soir. Le 26 septembre, l'orteil était détaché et il restait une plaie d'un bon aspect. L'opium ne la soulageait plus et lui procurait peu de sommeil; on le remplaça par l'administration de 2/3 de grains d'extrait de cannabis indica tous les soirs. Le 1er octobre, elle était beaucoup mieux; le chanvre indien l'avait soulagée et fait dormir; mais la dose ayant été doublée, il fallut y renoncer. Au mois de février 1856, la malade était à peu près dans le même état, sauf la douleur, qui était moindre; cinq mois après, très-peu de changement dans l'état général ou local: le pied était rouge et gonflé; des abcès s'étaient formés à la plante du pied, et des lambeaux d'aponévrose plantaire s'étaient détachés de temps en temps. Le 13 octobre, la malade était parfaitement bien, le pied était cicatrisé, et le même jour elle quitta l'hôpital parfaitement guérie. (*The Lancet*, tome II, 1856.)

Gastrotomie *pratiquée avec succès pour l'extraction d'une barre de plomb introduite dans l'estomac.* Les faits étranges et rares de la science portent quelquefois avec eux des enseignements, et quoiqu'il ne se rencontre qu'un petit nombre de cas dans lesquels ils puissent servir, il importe que le praticien en connaisse la possibilité. La gastrotomie, par exemple, est une de ces opérations dangereuses au plus haut degré, et que les efforts de M. Sédillot ont été vains pour réhabiliter dans des cas où pourtant elle semblerait bien indiquée, c'est-à-dire dans le cas d'obstacles à la pénétration d'aliments dans l'estomac, ayant leur siége au cardia ou dans l'œsophage. C'est que la gastrotomie est une opération très-grave par elle-même, et qui emprunte un nouveau degré de gravité à la circonstance fâcheuse dans laquelle l'opération est alors pratiquée. Mais lorsque des corps étrangers entrent dans l'estomac et que leur évacuation ne peut avoir lieu, ne serait-on pas autorisé à avoir recours à la gastrotomie? Voilà ce qu'on peut se demander, et nous avouons que, pour notre part, la question nous semble avoir été résolue par l'affirmative. Il existe d'ailleurs un assez grand nombre de faits de ce genre, et un journal américain nous en fournit un nouveau qui n'est pas sans intérêt.

Un charlatan qui faisait des tours sur la place publique, et dont l'exercice favori était d'avaler des barres de plomb, en laissa tomber une dans l'œsophage et dans l'estomac. Quelques minutes après, il se présenta chez le docteur J. Bell, de Wapello, dans l'Ioway, qui, le voyant en état d'ivresse, ne crut pas à l'exactitude des renseignements qu'il lui donnait, d'autant plus que l'on ne sentait rien au creux épigastrique et que la sonde œsophagienne, introduite dans l'estomac, n'indiquait nullement la présence du corps étranger. Mais, quinze jours après, M. Bell fut rappelé auprès du malade qui souffrait de gastralgie, de douleurs abdominales, qui avait des vomissements noirs et qui était dans un état d'angoisse et d'anxiété extrêmes. Le malade maintenait son dire relativement à la présence d'une barre de plomb dans l'estomac. Une consultation eut lieu, et l'on décida l'opération, qui fut pratiquée de la manière suivante : le malade convenablement placé et chloroformé, une incision fut faite de l'extrémité de la deuxième

fausse côte gauche à l'ombilic, en divisant la peau et letissu cellulaire, puis les muscles abdominaux jusqu'au péritoine, et celui-ci fut divisé à son tour sur une sonde cannelée. Aussitôt une grande quantité d'épiploon et d'intestins s'échappèrent à travers la plaie; on les replaça, et la main portée dans l'abdomen, en haut et en dedans, reconnut la présence du corps étranger qui était dirigé de droite à gauche, l'extrémité supérieure répondant aux parois de l'estomac, à droite de l'orifice cardiaque, l'extrémité inférieure se trouvant dans la grande courbure de l'estomac. à gauche et au-dessous du pylore. Comme il était impossible d'aller à la recherche de l'extrémité supérieure, M. Bell saisit la barre de plomb entre le pouce et le médius, tandis qu'avec l'index, qui était placé sur son extrémité inférieure, il la repoussa aussi en haut et en arrière pour pouvoir faire son incision aussi haut que possible. Portant alors un bistouri le long de l'index qui servait de guide, il divisa les parois de l'estomac immédiatement au niveau de l'extrémité de la barre, dans une direction parallèle aux fibres musculaires, et juste autant qu'il fallait pour donner passage au corps étranger, qu'il saisit avec de longues pinces et qu'il entraîna au dehors. La plaie extérieure fut fermée avec quelques points de suture entrecoupée et quelques bandelettes adhésives et compresses; bandage roulé autour du corps. L'opération tout entière avait duré vingt minutes, mais elle avait été prolongée par la sortie de l'intestin et de l'épiploon; une portion de celui-ci se trouva même prise entre les points de suture. Contre toute attente, il ne survint aucun accident, et le rétablissement fut aussi rapide qu'après la plus petite opération. La barre de plomb mesurait 10 1/8 pouces et pesait 9 onces et quart. (*Americ. Journ. of med.*)

Lupulin. *Son emploi contre les pollutions et l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants.* Lorsque, en 1849, M. Page appela l'attention de ses confrères sur les bons effets qu'il avait obtenus de cette substance contre les érections morbides qui compliquent les urétrites, et contre la spermatorrhée, nous avons cru devoir faire connaître à notre tour tous les faits que nous avions observés et qui nous permettaient de confirmer cet enseignement. Les résultats de notre expérimentation nous permirent d'ajouter qu'en élevant les doses proposées par le médecin de Philadelphie, on transformerait le lupulin, qui, entre les mains de ce dernier, n'avait été qu'un remède palliatif, en un agent curatif. A part les quelques essais tentés par nos collaborateurs, aucun fait nouveau n'a été produit en France. Il n'en a pas été de même en Allemagne, et nous trouvons dans les Annales de Roulers l'analyse de deux articles publiés par MM. Pescheck et Herzfelder. A la dose de 60 à 75 centigrammes, pris avant de se coucher, le lupulin, dit M. Pescheck, est le meilleur agent thérapeutique que l'on puisse employer pour combattre les pullutions nocturnes qui ne proviennent pas de causes mécaniques. Toutefois, ajoute-t-il, son emploi a besoin d'être longtemps continué avant d'agir sur la maladie. Cette assertion du médecin de Leipsick n'est vraie qu'autant qu'on n'élève pas progressivement les doses du lupulin; los faits récemment publiés dans ce journal par M. Privat en sont une nouvelle preuve. Dans quelques cas, notre confrère allemand a associé 5 ou 10 centigrammes de digitale à sa dose de lupulin. Cette association, pour être rationnelle, a besoin d'être basée sur une indication que nous formulerons prochainement, mais qui n'a pas été encore signalée; aussi, comme la digitale exerce également une action sédative sur les organes génitaux, l'auteur de l'analyse de ce travail fait remarquer que cette association vient détruire en partie les assertions de l'auteur sur les propriétés spéciales du lupulin. Cependant les bons services que cette substance seule rend contre la torpeur du système génital, suite de la surexcitation déterminée par des excès vénériens, et contre les érections fatigantes qui accompagnent l'urétrite, témoignent d'une action sédative toute spéciale. Le lupulin ne jouit pas seulement de propriétés antispasmodiques, il contient une grande quantité de principes amers qui en font un médicament tonique précieux pour rétablir les fonctions digestives délabrées chez les onanistes.

Les conclusions du travail de M. Herzfelder sont à peu près semblables. Pour lui aussi le lupulin est seulement un remède palliatif; il le regarde comme curatif seulement contre l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants. Dans deux cas, dit-il, il est parvenu, à l'aide de ce médicament, pris six fois par jour, à la dose de 5 ou 10 centigrammes, à triompher en

fort peu de temps de cette tenace infirmité. Les résultats de notre expérimentation ne concordent pas avec ceux de M. Herzfelder; jamais, avec de si faibles doses, il ne nous a été possible de triompher de la maladie, et il en a été de même dans les essais que nous avons provoqués. Le lupulin a échoué à la dose de 75 centigrammes administrés le soir en se couchant, chez un petit garçon de onze ans, traité par M. Déclat; chez deux autres enfants du même âge, traités par M. Lamouroux. Notre collaborateur, M. Gros, a obtenu une guérison avec une dose quotidienne de 2 grammes; encore a-t-il fallu prolonger la médication un certain temps pour avoir une cure solide. En employant 4 grammes par jour, nous avons triomphé de la maladie en moins de huit jours chez deux jeunes gens de quinze ans et demi et dix-sept ans.

Nous n'hésitons pas à le répéter : on craint trop d'élever les doses du lupulin, et c'est principalement à cet excès de circonspection qu'on doit d'obtenir seulement des cures palliatives ou des guérisons tellement lentes qu'on ne sait s'il faut les rapporter plutôt à l'action médicamenteuse qu'à la spontanéité de l'organisme. Une dernière remarque : le lupulin perd avec le temps sa saveur amère et son huile volatile, et devient alors un agent complétement inerte ; les expérimentateurs doivent donc repousser le médicament lorsqu'il est trop ancien ; le plus sûr est d'employer le lupulin détaché des cônes du houblon récolté dans l'année.

Rhumatisme articulaire aigu (*Nouveau fait à l'appui de l'emploi du bicarbonate de potasse dans le traitement du*). Le traitement du rhumatisme articulaire aigu par le bicarbonate de potasse, que l'on doit à M. Garrod, et dont nous avons déjà fait connaître quelques succès, paraît se répandre en Angleterre. Nous trouvons dans les journaux anglais quatre nouveaux faits de ce genre, empruntés à la pratique de M. O'Connor, médecin du Free hospital. Le premier est celui d'un agriculteur âgé de dix-huit ans, qui n'avait jamais été affecté de rhumatisme. Après l'administration d'un purgatif doux, on lui prescrivit le bicarbonate de potasse, à la dose de 2 grammes dans de l'eau, toutes les quatre heures, et on continua ainsi jusqu'à ce que l'urine devînt alcaline, époque à laquelle tous les symptômes avaient complétement cessé. On continua encore le bicarbonate pendant quelques jours avec des purgatifs de temps en temps, et le malade sortait guéri le septième jour après son entrée.

Dans les deux autres cas, le même traitement fut suivi d'un égal succès, et douze jours après leur entrée à l'hôpital, les malades sortaient entièrement guéris.

Dans le quatrième cas enfin, c'était un tailleur qui avait déjà eu plusieurs atteintes de rhumatisme aigu, et qui offrait cette maladie généralisée, toutes les extrémités prises et presque tous les membres également affectés. Après l'administration d'un purgatif, on commença le bicarbonate de potasse, à la dose indiquée plus haut, et quatre jours après, il était à peu près débarrassé de ses douleurs. L'amélioration continua pendant quelques jours ; puis le genou droit devint de plus en plus douloureux, et la douleur résista à la poudre de Dover comme à la continuation de l'alcali. M. O'Connor eut recours alors à une pratique qui lui est familière, et qui consiste à couvrir l'articulation de soufre en poudre et à l'entourer d'une bande de flanelle. Soulagement douze heures après, et guérison en quelques jours. — Qu'il nous soit permis, au sujet de ce traitement du rhumatisme, de faire quelques réserves relativement aux effets avantageux qu'on pourrait en attendre. Tous les traitements du rhumatisme trouvent des cas rebelles, et celui-là n'échappe pas, on le voit, à la loi commune; seulement c'est bien peu de trois succès sur quatre cas, pour faire abandonner tant de traitements efficaces et éprouvés que la science possède. Nous appellerons l'attention, en terminant, sur ces enveloppements avec le soufre en poudre, employés par M. O'Connor dans les rhumatismes tournant à la chronicité. Mais est-ce bien le soufre ou la flanelle à qui il faut faire honneur du succès ? La chose est bonne à savoir et l'expérience n'est pas difficile. (*The Lancet*, tome II, 1856.)

Trachéotomie *par escarrification*. Est-il possible de substituer le caustique au bistouri dans l'opération de la trachéotomie ? Cette substitution est-elle utile ? Dans quelles circonstances doit-on la faire ? Depuis longtemps déjà plusieurs praticiens ont eu l'idée de substituer le caustique au bistouri dans l'opération de la trachéotomie. C'est particulièrement en vue

de prévenir l'hémorrhagie qui complique souvent d'une manière grave le dernier temps de l'opération qu'on a proposé cette substitution. Mais les longueurs de l'opération, la difficulté même d'obtenir par le caustique l'escarrification des tissus profonds, ont empêché cette méthode de s'introduire dans la pratique. En effet, dans le plus grand nombre des cas où la trachéotomie est jugée nécessaire, l'indication est tellement pressante que le procédé le plus expéditif est le meilleur, quitte à se tenir en garde contre les chances et les conséquences de l'hémorrhagie. Cependant, il peut se présenter telles circonstances où la méthode de la cautérisation puisse rendre un véritable service et remplir même une double indication. Tel est, par exemple, le fait suivant, dans lequel M. le docteur Dujardin, de Lille, a heureusement combiné l'action du caustique et du bistouri.

Un homme de quarante-cinq ans, ayant joui habituellement d'une bonne santé jusqu'au mois de novembre 1854, fut atteint à cette époque d'une grippe qu'il négligea, et dont il n'a jamais été complétement guéri. M. Dujardin vit cet homme pour la première fois au mois d'août 1855. Il présentait alors tous les symptômes d'une laryngite chronique, compliquée d'un commencement d'œdème de la glotte : douleur légère à la région du larynx, voix altérée, voilée, toux et expectoration muqueuse, respiration un peu difficile et bruyante pendant l'inspiration, sans altération du murmure vésiculaire et sans fièvre. Cet état s'était amélioré sous l'influence d'applications de sangsues, de vésicatoires volants et de l'usage de gargarismes alumineux et de l'huile de foie de morue. Mais le malade ayant commis une imprudence, s'étant exposé au froid pendant qu'il avait très-chaud, fut pris d'un redoublement de tous ces symptômes, avec accès de suffocation. Les antiphlogistiques, les révulsifs et les dérivatifs les plus énergiques, les altérants et les antispasmodiques restèrent cette fois sans effet. Tout échoua. Les accès de suffocation devinrent de plus en plus fréquents et de plus longue durée. La mort semblait imminente, les symptômes précurseurs de l'apoplexie se montraient déjà. M. Dujardin proposa la trachéotomie; mais M. le docteur Vanderhaghen, appelé en consultation, émit l'avis, avant de pratiquer l'opération, d'appliquer deux moxas sur les côtés du larynx et d'attendre encore un jour ou deux pour voir l'effet de ces révulsifs, plus puissants que ceux qui avaient été mis en usage jusque-là. M. Dujardin proposa alors, au lieu du moxa, le caustique de Vienne, appliqué sous la forme d'une traînée sur la partie moyenne et antérieure du cou, à l'endroit où l'on pratique ordinairement l'incision des téguments dans la trachéotomie, afin que si l'opération devenait nécessaire, ce qui était extrêmement probable, on pût inciser l'escarre et arriver par cette voie dans la trachée, sans causer de douleur et sans effusion de sang.

C'est ce qui fut fait. On appliqua immédiatement à la partie moyenne et antérieure du cou, depuis la partie inférieure du larynx jusqu'à la fossette sternale, une traînée de caustique de Vienne de 5 centim. de longueur et de 6 millim. de largeur. Cette couche de caustique fut enlevée après dix minutes d'application et remplacée par une autre couche semblable, qu'on laissa agir pendant dix minutes encore. Au bout de ce temps, le caustique fut définitivement enlevé. L'escarre avait 6 centimètres de longueur et 12 millimètres de largeur.

Les accès de suffocation augmentèrent toujours d'intensité ; il fut décidé, deux jours après l'application du caustique, qu'il était temps de recourir à la trachéotomie. L'opération fut aussi simple que rapidement exécutée. Elle fut pratiquée suivant la méthode ordinaire, avec cette différence considérable, toutefois, qu'on n'eut à diviser que des tissus mortifiés au lieu de tissus vivants. L'opérateur incisa couche par couche la peau, le tissu lamineux sous-cutané, l'aponévrose cervicale, l'isthme du corps thyroïde, le lacis veineux sous-thyroïdien, et arriva sur la trachée-artère, qu'il suivit à nu dans une étendue de 4 centimètres, sans répandre une seule goutte de sang. Il plongea alors, dans la partie supérieure de la trachée, la pointe d'un bistouri droit, et la dirigeant sur l'ongle de son doigt indicateur gauche, et incisa un de ses premiers anneaux. Les trois anneaux suivants furent divisés au moyen d'un bistouri boutonné. L'ouverture trachéale ayant été dilatée au moyen d'un dilatateur ordinaire, une grosse canule d'argent fut placée dans le tuyau aérifère. L'opération fut ainsi terminée en moins de deux minutes et sans aucune effusion de sang. A partir de ce moment, le malade respira à pleins poumons et n'éprouva plus aucun accident sérieux.

Huit jours après l'opération, l'escarre se détacha et laissa voir une grande plaie en suppuration, au fond de laquelle on découvrait les muscles sterno-hyoïdiens très-bien disséqués, mais non attaqués par le caustique. Cette plaie se couvrit bientôt de bourgeons charnus, et dans l'espace d'un mois elle fut complétement cicatrisée, à l'exception de l'ouverture qui livrait passage à la canule. Enfin la révulsion opérée par cette espèce de vaste cautère produisit les plus heureux effets sur l'œdème de la glotte; si bien que ce malade, six semaines après l'opération, jouissait de la plus parfaite santé. La canule fut gardée encore deux fois. Aujourd'hui 9 mai, après l'opération, il n'en reste plus d'autre trace qu'une cicatrice lisse au bas du cou, qui se plisse transversalement pendant les mouvements de déglutition, à cause de son adhérence avec la trachée-artère.

Ce procédé à deux temps, sauf quelques modifications que la pratique pourra y introduire, nous paraît devoir être admis, à titre exceptionnel, pour des cas analogues à celui auquel M. Dujardin a eu affaire. Notre confrère pense, toutefois, que pour les cas d'urgence auxquels la lenteur de cette manière d'agir ne saurait convenir, on pourrait remplacer le caustique par le feu rouge. (*Gaz. des hôp.*, décembre 1856 et janvier 1857.)

Tumeurs blanches (*De l'ouverture des articulations par de larges incisions dans le traitement des*). Les chirurgiens apportent sans doute un peu trop de réserve dans l'ouverture des articulations, et ils redoutent trop l'action de l'air sur les surfaces synoviales mises à nu; mais de cette abstention absolue de toute intervention chirurgicale à l'emploi de la pratique plus que hardie proposée par M. Gay, il y a quatre années, il y a bien loin. M. Gay ne proposait rien moins, en effet, que de traiter la plupart des maladies articulaires par de larges incisions pénétrant dans l'articulation. Ramené aujourd'hui par des insuccès nombreux, entremêlés, il faut bien le reconnaître, de succès des plus éclatants, M. Gay a spécifié devant la Société médico-chirurgicale de Londres les cas qui paraissent réclamer l'ouverture de l'articulation. Ces cas sont les suivants : 1° l'inflammation chronique de la capsule synoviale d'une articulation avec épanchement dans sa cavité et avec douleur, en particulier si les symptômes remontent à une époque assez éloignée, ont résisté aux traitements antérieurs et sont associés à des signes de déclin de la santé; 2° la synovite aiguë ou sub-aiguë, si les symptômes sont excessivement graves et si les enveloppes extérieures de l'articulation offrent une tendance à l'ulcération, ou lorsque, après un temps raisonnable, les symptômes n'offrent pas de rémission, mais indiquent l'existence dans l'articulation d'une matière qui, par l'irritation qu'elle entraîne, menace de produire des accidents plus sérieux; 3° la présence de débris osseux ou cartilagineux dans l'articulation, débris qui ne peuvent sortir par suite de la petite dimension des trajets fistuleux; et 4° la carie des os, lorsque la diminution de la douleur et de la sécrétion, aussi bien que les autres symptômes, indiquent que la maladie dans laquelle l'affection locale a pris sa source paraît s'être épuisée. M. Gay condamne, au contraire, cette pratique, excepté pour soulager des douleurs vives, dans tous les cas où il reste une chance de guérison sans y avoir recours, et surtout dans ce qu'il appelle les affections scrofuleuses des articulations, tant que la continuation de la suppuration abondante indique que le trouble constitutionnel dont elle est une manifestation ne s'est pas épuisé, ou lorsque la persistance des fistules, ne fournissant cependant que peu de pus, témoigne de l'existence dans l'articulation de quelque matière inerte ou peu irritante, ou du manque d'un stimulant général nécessaire à une action finale et réparatrice, stimulus qui sera le résultat de la réunion du sac malade à la plaie extérieure. — Nous avons voulu mettre sous les yeux de nos lecteurs ces résultats de l'expérience de M. Gay; pourtant, tout en s'éloignant de la politique générale, ils nous paraissent susceptibles de pouvoir être utilisés dans certains cas graves et presque toujours au-dessus des ressources de l'art. M. Reybard a, du reste, développé la même opinion devant la Société de chirurgie, mais en se fondant sur la transformation éprouvée par la membrane synoviale, qui ne permet pas à celle-ci d'éprouver sous l'influence du contact de l'air des altérations bien redoutables. Il nous semble d'ailleurs que la présence du pus ou d'un corps étranger dans une articulation est bien suffisante pour légitimer de larges incisions, et que la position du malade serait bien

moins aggravée par l'ouverture de l'articulation que par le séjour du pus, et surtout par le séjour du pus au contact de l'air. (*The Lancet*, tome II, 1856.)

VARIÉTÉS.

De l'action préservatrice de la vaccine, de l'identité des virus vaccinal et variolique; leur transmission aux animaux; analyse des travaux récemment publiés en Allemagne sur ce sujet.

Par **M.** le docteur **G. Sée**, médecin de l'hôpital des Enfants malades.

La vaccine ne produit plus cette immunité complète et permanente de la variole qui avait été annoncée par l'immortel Jenner et les premiers vaccinateurs: l'expérience a démontré que la vaccine ne préserve que pour un certain nombre d'années. Il n'est pas de praticien qui n'ait vu se développer les affections varioliques chez les adultes et même chez les enfants les mieux vaccinés. La variole elle-même ne met pas entièrement à l'abri d'une seconde atteinte; la science renferme des exemples incontestables de récidives; il n'est donc pas à supposer que la vaccine jouisse plus que la variole de ce privilége absolu. De même qu'elle ne saurait prémunir perpétuellement contre l'action du virus varioleux, elle ne saurait empêcher les effets d'une seconde inoculation. Les revaccinations qui ont été pratiquées avec succès sur une grande échelle dans ces dernières années démontrent, sinon l'aptitude nouvelle à la variole, du moins le défaut de saturation vaccinale. Or, en présence de ces récidives provoquées de la vaccine et naturelles de la variole, on pourrait être tenté de dénier à la vaccine sa puissance, et à Jenner sa glorieuse découverte. C'est, en effet, la signification de certains écrits modernes; c'est l'opinion de Plukpal. de Hamernjk, qui, se fondant surtout sur l'impossibilité de transmettre la variole à la vache, en concluent que la maladie de l'homme et le cow-pox diffèrent d'une manière absolue, et que, par conséquent, le virus provenant de la vache ne saurait préserver de la variole, qui est dévolue exclusivement à l'homme. Mais avant de formuler des conclusions qui ne seraient rien moins que rigoureuses, il fallait établir les prémisses sur une base expérimentale.

Or, à cet égard, deux opinions absolues et diamétralement opposées ont été émises tout d'abord, puis une troisième, intermédiaire, qui paraît devoir réunir le plus de suffrages.

Dès l'année 1807, Hartenkeil, cherchant à prouver l'identité du cow-pox et de la variole, tenta, de concert avec un médecin de Gunzbourg, d'inoculer à la vache le virus provenant d enfants varioliques, et il y réussit onze fois; puis, avec le virus repris sur les animaux inoculés, il inocula quatre enfants qui prirent tous la variole.

Plus tard, quand on voulut vérifier ces assertions, on aboutit à des résultats bien différents. En 1839, Prinz, directeur de l'École vétérinaire de Dresde, échoua dans toutes ses tentatives de transmission. Le docteur Unger ne fut pas plus heureux; et récemment Hamernjk, cherchant à détruire cette identité du cow pox et de la variole de l'espèce humaine, formula les conclusions suivantes: « Tandis que la vaccine, dit-il, est transmissible, non-seulement à l'homme, mais à la vache, tout en conservant dans tous les cas ses caractères primitifs, le virus variolique, au contraire, peut produire des effets variés en passant d'un homme à l'autre, et ne saurait être communiqué, sous aucune forme à la race bovine. »

Toutefois, le même expérimentateur ajoute que, dans quelques circonstances, très-rares, l'insertion du pus variolique sur le pis de la vache produit des pustules qui diffèrent sensiblement des boutons de vaccine, mais qui sont susceptibles à leur tour d'inoculer la variole à l'homme.

C'est avec ces réserves, en effet, qu'il faut admettre les expériences précitées; c'est l'opinion intermédiaire qui tend à prévaloir.

En 1836, le directeur des études à l'Institut vétérinaire de Vienne, le docteur Roll, s'exprime ainsi dans son Traité de pathologie vétérinaire : « On

admet généralement que le cow-pox résulte de la transmission de l'eau des jambes du cheval au pis de la vache par l'intermédiaire des valets de ferme Or, cette opinion n'est pas plus vraie que celle qui admet la variole de l'homme comme l'unique source du cow-pox. » On ne parvient que difficilement et rarement à inoculer le virus au pis de la vache et à déterminer une éruption analogue au cow-pox ; de même que le cow-pox transporté sur l'homme, et de l'homme sur la vache, ne produit que rarement une éruption chez l'animal. Des expériences nombreuses confirment ce fait, à savoir : que la maladie de la vache se développe spontanément dans la plupart des cas, mais que parfois elle peut résulter de l'implantation du virus variolique de l'espèce humaine. C'est à cette manière de voir que se rattache le travail publié il y a quelques jours par le docteur Traxl de Kremsier (Wiener Wochenschrift, 3 janvier 1857). Si le cow-pox peut être la suite de l'inoculation du pus variolique, c'est qu'il est identique avec la variole, et celle-ci n'est modifiée que parce qu'elle germe dans un autre terrain. Il faut ajouter, comme preuve à l'appui, que le cow-pox primitif se retrouve chez les vaches précisément quand la variole règne chez les hommes.

La vaccine, d'ailleurs, ne prend pas plus facilement que la variole sur le pis de la vache; l'une et l'autre rencontrent chez la vache une aptitude très-peu marquée, qui tient à l'organisation de l'espèce elle-même bien plutôt qu'à la matière inoculée; mais si l'on a le soin d'inoculer des animaux qui n'avaient pas encore payé leur tribut au cow-pox, la vaccination réussit, et c'est dans ces conditions que M. Bousquet, ainsi qu'il l'a dit à l'Académie, a pu pratiquer l'inoculation avec succès sur douze génisses, et transmettre ensuite la vaccine à des enfants. Une première atteinte du cow-pox semble généralement préserver l'animal d'une récidive ou supprimer temporairement la faculté d'absorber le virus vaccinal ou variolique. Les expériences tentées par MM Bretunneau, de Puységur et Trousseau pour inoculer la vaccine n'ont sans doute échoué que parce que les animaux jouissaient encore du bénéfice d'un cow-pox antérieur.

De même les expériences instituées en Allemagne pour inoculer la variole à la race bovine ne sont peut-être elles-mêmes contradictoires dans leurs résultats que par suite des conditions différentes dans lesquelles se trouvaient les animaux à expérimenter.

Ainsi, l'on ne saurait nier d'une manière absolue la transmissibilité de la vaccine ou même de la variole de l'homme aux animaux. Or, ce fait seul suffirait pour indiquer la parenté de ces deux virus. « On peut admettre, dit M. Bousquet (Traité de la vaccine), que la variole et la vaccine, quoique issues de deux origines différentes, sont deux maladies corrélatives dans deux espèces différentes. L'une est à l'espèce humaine ce que l'autre est à l'espèce bovine. » Dès lors, il se peut que, par un rare bonheur, la petite vérole, en passant par une autre race, se mitige sans perdre ses caractères essentiels, et, transportée ensuite sur l'homme, tienne lieu de la petite vérole naturelle, du moins jusqu'à un certain point, pendant un certain temps, comme le ferait une première infection variolique. Si le cow-pox inoculé à l'homme ne le met pas entièrement à l'abri de la variole, il possède, du moins dans l'immense majorité des cas, le privilége d'en atténuer les effets et de lui imprimer un caractère de bénignité qui était inconnu avant la découverte de Jenner. Dans les épidémies de variole, il meurt à peine 1 individu vacciné sur 96 varioliques; tandis que, parmi les non vaccinés qui sont frappés par le mal régnant, il en meurt un sixième.

Comparée à la variole elle-même, l'inoculation vaccinale semble la surpasser dans son pouvoir atténuant. Les atteintes de la petite vérole chez les vaccinés sont peut être plus fréquentes que chez les individus qui portent des traces de variole antérieure; mais certainement elles sont moins souvent funestes : elles ne font que 1 victime sur 100 malades, tandis que les varioles en récidive tuent 1 fois sur 5.

C'est donc avec juste raison que la vaccination, malgré les attaques dont elle a été l'objet, doit être considérée encore comme un immense bienfait. (*Gazette hebdomadaire.*)

Pour les articles non signés, **E. DEBOUT.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Considérations générales sur les succédanés du quinquina.

Par le docteur J. Delioux, professeur à l'École de médecine navale de Brest [1].

Les fièvres intermittentes sont de date immémoriale les fléaux séculaires de certaines contrées qui doivent leur spécificité endémique aux conditions telluriques et hydrologiques qui créent le marais. L'homme qui, en tant de directions diverses, se prend à lutter contre les causes de destruction et de ruine, néglige ou dédaigne avec une incompréhensible incurie celles qui offrent le combat à sa santé. Le limon marécageux est l'un des foyers les plus actifs de causes morbigènes; il le sait, et c'est à peine si, sur quelques points excessivement restreints du globe habitable, des assèchements opportuns et intelligents ont assaini le sol qu'il piétine ou qu'il fouille, l'air qu'il respire. S'il ne s'émeut pas de la question d'hygiène, au point de vue du lucre, s'il lui suffit, la preuve lui est acquise qu'il obtient la rémunération immédiate de ses tentatives; il s'enrichit à la fois en conquérant le terrain perdu sous les stagnations liquides, et en ranimant le terrain stérile que les écoulements fécondent. Voyez déjà tout ce que les barrages, les endiguements, les irrigations ont donné de richesses aux plaines de l'Algérie, et combien l'influence de ces travaux récents a rendu plus clémente l'atmosphère de la colonie naissante! Voyez encore, pour parler d'un pays qui nous est familier, et dont la prospérité nous sera toujours chère, les transformations opérées par une double conquête hygiénique et agricole dans le bassin de la Charente-Inférieure; sur ces plages, noyées jadis sous la mer des vieux santons, qui, en s'éloignant de siècle en siècle, laissait dans les affouillements de la grève des flaques croupissantes, sur un sol uni, trop disposé à garder l'eau des pluies ou les épanchements des rivières, les desséchements ont livré à la culture des champs et des vignobles luxuriants, de plantureux herbages. Sans doute il reste encore bien des assainissements à réaliser aux embouchures de la Charente et de la Seudre, autour de Brouage surtout, ruine désolée du premier arsenal de notre marine militaire; mais les travaux déjà accomplis ont suffi pour modifier la constitution médicale de la contrée, à un tel point que les parages de Rochefort ne

---

[1] Cet article est le complément de l'intéressant travail sur le *bittéra*, nouveau médicament fébrifuge proposé aux Antilles françaises, comme succédané du quinquina, que nous avons publié. Voir le *Bulletin de Thérapeutique*, t. LI.

méritent plus la mauvaise réputation d'insalubrité qu'un excès d'injustice leur inflige encore; les fièvres intermittentes y ont diminué de nombre et d'intensité, dans une proportion énorme; la forme pernicieuse y est devenue rare, et les traits de la cachexie splénique s'affaiblissent de jour en jour dans les générations nouvelles des races énergiques et laborieuses de l'Aunis et de la Saintonge.

Mais pour améliorer les régions palustres il faut un concours de forces et d'intelligences que la civilisation peut seule fournir; peut-être même les efforts de celle-ci n'ont-ils de chances d'être fructueux qu'à la condition de se limiter aux climats tempérés; car, sous les zones équatoriales la chaleur et les conditions géologiques introduisent des éléments complexes fort difficiles à écarter au profit absolu de l'hygiène. Les fièvres paludéennes peuvent donc être annihilées dans certains lieux favorables à l'assainissement; dans les contrées moins propices, sous les tropiques mêmes, elles peuvent reculer de quelques pas devant la civilisation; mais l'illusion commencerait au point où l'on rêverait leur disparition complète, et le miasme qui les produit et les alimente s'élaborera longtemps encore dans de vastes foyers inaccessibles aux tentatives humaines.

On n'a jamais autant entendu parler de fièvres intermittentes que de notre temps; sans doute l'observation médicale s'est généralisée, et ses apports doivent être plus nombreux; malgré cela, nous croyons que la somme de ces fièvres doit être effectivement plus considérable qu'elle ne l'a jamais été. C'est le résultat évident de l'extension immense qu'ont prise les relations internationales et les transactions commerciales. Le négociant et l'artiste, l'homme d'affaires et l'homme de loisir, le matelot et le soldat surtout, les uns incités par l'intérêt ou par le plaisir, les autres, sous l'impulsion plus sévère du devoir, franchissent aujourd'hui les latitudes qui séparent des continents ou des mondes, comme on eût fait autrefois des relais de poste entre deux villes. La plupart de ces grands courants d'immigration, qui emportent au loin les masses humaines, vont, par une invincible attraction, vers les régions méridionales. C'est vers le sud que de nombreux bataillons, détachés des armées européennes, descendent pour veiller à la garde de droits antiques ou protéger les colonies nouvelles; des flots de travailleurs, émigrants de la nécessité ou de la faim, se répandent sur l'Amérique; des expéditions maritimes jettent un peuple de trafiquants et de marins sur toutes les rives, dans toutes les îles que baignent l'Océan équinoxial et les mers des Deux-Indes : c'est-à-dire que cet incoercible besoin de locomotion lance des milliers d'organisations neu-

ves et impressionnables au milieu des causes morbifiques les plus aggressives, avec lesquelles la lutte va bientôt commencer. De toutes ces causes nulle n'a plus de véhémence que celle qui surgit de la constitution palustre de l'immense majorité des pays chauds. Sous le bénéfice de l'acclimatement, l'étranger peut bien, dans une certaine mesure, triompher de la prédisposition à contracter les endémies locales, dysenterie, hépatite, fièvre jaune, colique sèche, etc.; l'indigène, hors les cas d'épidémies majeures, jouit à peu près de cette immunité; mais nul n'est à l'abri du miasme paludéen, et, à cet égard, l'indigène entre en partage avec l'étranger dans l'acquisition des excitations fébriles et des cachexies qu'il détermine.

Donc, le nombre des maladies paludéennes a dû croître de nos jours avec l'exposition plus fréquente des individus à l'action des causes qui les provoquent; et il était à la fois de la logique et de la morale scientifiques de s'attacher résolûment à leur étude et de poursuivre avec insistance la recherche des moyens capables de les prévenir et de les guérir.

Les prévenir : pour cela il n'y avait qu'une voie sûre à suivre, supprimer la cause, l'élément marécageux; c'eût été la prophylaxie absolue. On n'a su agir encore que très-peu dans ce sens: on pourrait davantage; mais, nous l'avons dit, l'abolition complète du miasme pyrétogène est le rêve de l'impossible. L'espoir se réduirait donc à réaliser une prophylaxie relative; on l'a cru accessible par l'emploi soutenu des agents reconnus capables de vaincre les effets de l'intoxication paludéenne; ainsi, ils auraient été à la fois curatifs et préventifs. Mais de ces armes à double tranchant l'une des lames manque le plus souvent son effet. La préservation est moins douteuse en la confiant à l'hygiène qu'à la pharmacologie; néanmoins elle l'est encore, et, en définitive, tout être qui respire le miasme paludéen est enclin à la fièvre. Or, devant un ennemi invincible, un seul moyen de salut est ouvert, la retraite; donc, pour s'abriter absolument contre l'invasion de la maladie, ou pour échapper à la répétition de ses atteintes, opiniâtres en dépit de la thérapeutique, s'abstenir d'aborder aux lieux infectés, c'est la garantie sans conteste, les fuir, c'est la condition *sine quâ non* de curabilité.

Les guérir : s'il est dans le cadre nosologique une espèce morbide contre laquelle on ait vanté et prôné des centaines de drogues, dont l'interminable liste serait aussi inutile à retenir que fastidieuse à reproduire, c'est la fièvre intermittente. Est-ce que réellement parmi ces drogues il y en a quelques-unes qui guérissent les fièvres inter-

mittentes? — Oui, il y en a même beaucoup qui ont ce pouvoir, moins difficile à exercer que certains sceptiques le pensent. Mais guérissent-elles les fièvres paludéennes? — Ceci, c'est autre chose; lorsque l'on dépouille impartialement les observations les plus favorables, on constate çà et là quelques cures exceptionnelles, à côté d'insuccès infiniment plus nombreux dans le traitement de ces fièvres, pierre de touche des véritables antipériodiques. Un seul médicament apparaît entre tous, doué d'un pouvoir évident contre la spécificité morbide émanée des foyers palustres, le quinquina.

En effet, si l'on croit que la matière de l'hygiène ne peut suffire à la prophylaxie, si l'on demande à la matière médicale un agent qui possède une action préventive contre l'invasion des désordres que suscite l'absorption du miasme paludéen, un seul se présente avec une efficacité supérieure que nul autre ne saurait justement réclamer, le quinquina. Dans les pays à fièvres, l'usage habituel de certains toniques, des amers surtout, des infusions, par exemple, de camomille, de centaurée, de gentiane, de houblon, etc., peut à la rigueur communiquer à l'organisme une certaine force de résistance, mais jamais au même degré que l'écorce péruvienne. L'arsenic lui-même, en admettant qu'il pût avoir comme fébrifuge une action préventive égale à son action curative, et nous en doutons, conserverait encore cet inconvénient majeur de débiliter ceux qu'il faut tonifier au contraire, d'altérer leur constitution en déterminant une cachexie par intoxication minérale, qui ne vaudrait guère mieux que la cachexie par intoxication paludéenne; il serait en outre fort difficile de réglementer l'usage préventif de ce médicament, qui devient dangereux dès que l'habileté médicale ne préside pas à son administration. L'arsénicophagie créerait donc à l'hygiène publique de graves inquiétudes, et s'il est permis de contester la réalité des jouissances qu'en retirent les montagnards du Tyrol, on peut contester plus sérieusement encore le bénéfice aléatoire qu'y puiseraient les habitants des marais.

Il ne reste, par conséquent, à interroger, comme agent préventif, que le quinquina. Eh bien! lui seul, et encore dans des limites restreintes, répond aux présomptions que l'on fonde sur la possibilité d'écarter ou de neutraliser l'influence du miasme paludéen. La quinine, séparément, n'a pas autant ce pouvoir que la substance entière de l'écorce; aussi emploie-t-on de préférence la poudre, la décoction, les extraits, le vin, l'alcool. Il s'est répandu depuis quelques années, parmi les officiers appelés à servir dans les Antilles françaises, l'habitude de prendre tous les matins un petit verre de

vin de quinquina ; — on ne saurait mieux remplacer le tafia et l'absinthe ; — et l'expérience semble venir confirmer l'idée que l'on avait conçue de prévenir ainsi les fièvres intermittentes. S'il y avait dans cette pratique le germe d'une préservation réelle, si elle pouvait seulement diminuer la fréquence et l'intensité des maladies auxquelles sont exposés les individus contraints de séjourner dans les régions impaludées, elle devrait être recommandée à l'autorité, en l'invoquant comme juge de l'opportunité de la concéder, ne fût-ce qu'à titre d'essai, aux militaires et aux marins stationnés dans nos possessions coloniales.

Ainsi, l'expérience acquise jusqu'à ce jour n'accorde de vertu préventive contre les fièvres de marais qu'au quinquina, et la dénie à tous ses succédanés.

Maintenant, est-il un autre médicament qui, lorsque la fièvre est déclarée, quels que soient son type et sa forme, puisse modifier, amender, supprimer l'un et l'autre, réduire les complications les plus graves qui phénoménisent les accès, effacer les lésions organiques qui en résultent, restaurer une cachexie radicale, obvier aux récidives, et, par cette portée concluante, consolider la guérison : et tout cela, dans la généralité des cas ? — Non, pas un ! au quinquina seul revient l'honneur de triompher sur toute cette ligne d'indications aussi pressantes que variées, et, en conséquence, de dominer dans la thérapeutique des maladies paludéennes de toute la hauteur de l'agent médicateur, dont les succès ont la supériorité du nombre et qui assume exclusivement la responsabilité des fièvres les plus graves.

Tous les grands praticiens de tous les temps, de toutes les écoles, ont concouru au prononcé de ce jugement, dont l'unanimité ne sera pas rompue par quelques attaques isolées et discordantes.

Pourquoi donc voit-on de nos jours cette persévérance et cette ardeur à chercher parmi les œuvres de la nature et celles du laboratoire un équivalent au quinquina ? Est-ce qu'il y a vraiment des raisons plausibles de créer une rivalité à l'un des plus héroïques agents de la matière médicale ?

L'esprit d'investigation, le génie des découvertes ne sauraient être nulle part plus encouragés que dans les sciences médicales ; si celles-ci ne sont point parfaites, elles sont du moins perfectibles, et c'est aux chercheurs laborieux à le démontrer, au plus grand bien de l'humanité, en élargissant le champ de l'observation qui vivifie et enrichit la médecine. Laissez donc venir tous ces fruits nouveaux de la culture scientifique, nationale ou étrangère ; pour les faire lever et grandir, il a fallu une initiative d'étude qui a toujours droit à nos égards ;

en les admettant dans nos cliniques à faire la preuve des vertus qu'on leur attribue, il en résultera une expérience qui profitera à l'instruction de tous. Ainsi, l'essai de nombreux fébrifuges, anciens ou récents, a mis en relief des propriétés auparavant inconnues dans plusieurs médicaments ; il en a classé quelques autres parmi les acquisitions de bon aloi de la thérapeutique ; si l'épreuve pratique a été défavorable à certaines innovations, elle a en revanche fixé l'opinion, en séparant les illusions des espérances légitimes.

C'était trop prétendre que de trouver mieux que la quinine dans le traitement des maladies périodiques, et cependant on l'a bien un peu prétendu. On a reproché à ce médicament d'irriter la muqueuse gastrique, de faire, sinon des gastrites, des gastralgies, d'apporter dans les fonctions nerveuses des perturbations graves. Mais en supposant que quelques-uns de ses inconvénients se montrassent parfois, si dans l'immense majorité des cas ils manquent, pour ne laisser en évidence que l'effet médicateur, y aurait-il là un motif acceptable de discrédit? De telles objections ont d'autant moins de valeur qu'en procédant avec parfaite connaissance des modes d'administration et d'action des préparations quiniques, on ne les voit presque jamais déterminer d'accidents ; que ces accidents, lorsqu'ils se produisent, sont passagers et incomparables dans leur bénignité à la somme d'avantages que rapporte le remède au point de vue de la guérison. Il est même des médecins très-recommandables qui tendent à les faire saillir, ces accidents, dans une certaine mesure, il est vrai, pour juger à ce prix de la portée curative de la quinine ; pour eux, l'*ivresse quinique* est la pierre de touche de l'action thérapeutique de la quinine. Pour notre compte personnel, nous n'acceptons cette opinion qu'avec une extrême réserve ; mais, enfin, elle est sincèrement professée et prouve que le quinquina, habilement manié, est incapable de nuire.

Non, ce n'est pas sous le futur contingent d'accidents sans durée et sans gravité qu'il faut abriter les rivales de la quinine. Parce que d'autres substances auront une innocuité constante, en seront-elles meilleures? Au contraire, elles devront peut-être leur infériorité précisément à leur impuissance pharmaco-dynamique, tandis que l'énergie virtuellement toxique signalera ailleurs la puissance qui, dirigée et bien conduite, doit se convertir en action thérapeutique efficiente. Cette dernière action, c'est la seule qu'il s'agisse ici de rechercher ; la quinine la possède ; parce qu'elle fait défaut à certains moments, ses succédanés viendront-ils lui disputer la prééminence? Nul n'est omnipotent contre la maladie ; le mercure ne

guérit pas toutes les syphilis, l'iode toutes les scrofules, le fer toutes les chloroses. L'élément périodique et la cachexie paludéenne ont leurs caprices et leurs accès de résistance contre le quinquina ; mais l'insuccès ne pèse-t-il pas d'un poids bien plus lourd sur toute autre médication fébrifuge ?

Ainsi donc ce n'est pas comme agent insuffisant ou nuisible que le quinquina demande un suppléant.

Mais à mesure que s'accumulent de jour en jour des faits notoires sur l'efficacité de ce médicament dans une foule de maladies, sur la multiplication des fièvres spécifiques qui le réclament, sur l'accroissement du crédit que lui accorde l'universalité des médecins, il s'établit des conditions particulières dignes à titre égal des préoccupations de la science et de celles de l'administration. Les substances médicinales sont, comme tous les autres produits de la fortune publique, soumises aux inquiétudes, aux fluctuations, aux exigences du marché ; comme pour toutes les denrées, leur prix s'élève proportionnellement à la demande, il baisse si l'offre est supérieur, à celle-ci, ou si encore la production dépasse le besoin de la consommation. Les consommateurs du quinquina subissent aujourd'hui, dans toute leur rigueur, ces principes inflexibles d'économie politique ; la demande s'élève dans une progression incessante; ce qui suffirait pour exhausser la proportionnalité du prix ; mais, en outre, et c'est là ce qui inquiète le plus le marché, l'offre, comprimée par une diminution sensible dans la production, reste au-dessous de la demande. En un mot, ce n'est pas assez que le quinquina ait enchéri, il devient rare.

De l'enchérissement, d'abord, il résulte une gêne extrême dans les prescriptions médicales qui ont pour objet le quinquina. On en use néanmoins à tout prix dans les hôpitaux maritimes et militaires : le gouvernement, avec une bienveillance sans réserve, pourvoit généreusement au traitement de ses malades; mais dans les hospices des villes, moins libéralement dotés, dans les bureaux de bienfaisance et dans les sociétés de secours mutuels, où la règle économique doit être plus stricte encore, il incombe à l'approvisionnement en quinquina une dépense qui menace d'obérer les budgets modiques. L'acquisition de ce médicament devient pour les petites fortunes une lourde charge, pour le pauvre une impossibilité.

De l'appauvrissement du marché découle cette crainte qu'un jour ne vienne où l'exploitation inintelligente des cinchonas de l'Amérique du Sud ne puisse plus fournir aux besoins les plus urgents. La fraude s'en mêlant, ce scandale érigé en art, sophistiquant tantôt les

alcaloïdes fébrifuges, tantôt l'écorce-mère elle-même, jette un nouveau trouble, aggravé par la défiance, dans les transactions commerciales; si bien que pour en restreindre l'usage on ne s'en prend plus seulement à la cherté des produits, mais à l'impuissance que de coupables artifices leur ont communiquée.

Il faut convenir que l'on ne saurait proposer plus à propos des succédanés à un fébrifuge dont la source ne serait menacée de rien moins que d'une suppression totale. Mais un tel avenir ne se réaliserait que si l'on restait les bras croisés à voir tomber les derniers pieds de cinchonas sous la hache des derniers exploitants. Or, il est impossible que l'imprévoyance se perpétue jusqu'à ce terme où elle deviendrait de la démence. La science plaidera de sa voix la plus convaincante, pour conserver parmi les richesses du globe le végétal auquel ont été départies de si merveilleuses propriétés curatives. Il doit arriver immanquablement que le génie industriel, si sagace, si pénétrant, relèvera, comme une idée trop longtemps perdue, le fructueux projet de régénérer les forêts dévastées du Pérou et de la Colombie, et d'y ranimer la culture mourante du quinquina. Comment n'a-t-on pas encore songé à exploiter cette veine de fortune, à cette époque de fougueux entraînement vers toutes les entreprises, sérieuses ou illusoires ? Vous nous vantez des mines inexploitées dans des contrées fabuleuses; vous vous préoccupez de la rareté des fanons de baleine, de la récolte insuffisante du caoutchouc, vous suppléez artificiellement à ces produits, et vous oubliez le quinquina! Conjurez sa disette, et non-seulement il vous en sera tenu compte comme d'un bienfait social, mais vous trouverez encore dans cette œuvre un profit plus certain que dans les hasards des commandites et les aventures de la spéculation.

L'autorité et la science ont déjà compris les nécessités de la situation; toutes deux stimulent par l'excitation des récompenses, tantôt la recherche des succédanés du quinquina, tantôt la création de la quinine artificielle. Néanmoins, les succédanés viennent l'un après l'autre témoigner de leur infériorité ou manquer à leurs promesses, la quinine artificielle reste un arcane qui n'a pu sortir du creuset des plus habiles. Il n'y a plus de salut pour la médication fébrifuge en détresse que dans une réforme radicale de la culture et de l'exploitation des cinchonas; il ne suffit pas de ménager ce qu'il en reste, d'arrêter des tailles immodérées, il faut surtout repeupler le sol favorisé où croît cet arbre utile. Si notre génération doit payer, par l'inondation ou par la fièvre, la faute des déboisements, sachons du moins en léguer les préservatifs à l'avenir.

Mais ce n'est pas assez de restituer à la Colombie et au Pérou cette végétation bienfaisante, dont la prospérité intéresse à un si haut degré la thérapeutique; les lois naturelles n'ont pas dû prescrire aux cinchonas les versants des Andes comme un domaine infranchissable. Il faut les transplanter, essayer de les vulgariser en d'autres contrées, et il est bien présumable qu'en des conditions analogues de sol et de climat ils acquerront la vitalité nécessaire pour pénétrer leur écorce des principes qui nous les rendent si précieux. Il paraît, au surplus, que des essais de ce genre viennent d'être couronnés d'un entier succès dans les possessions hollandaises des Indes orientales, et le quinquina des îles de la Sonde serait appelé à rivaliser avec les meilleures qualités de la provenance américaine. Nous devrions tenter des plantations dans nos colonies intertropicales; peut-être même notre colonie d'Afrique leur serait-elle favorable. Enfin il est urgent d'expérimenter sur une large échelle; les résultats auraient vraisemblablement assez d'importance pour calmer des inquiétudes, annuler des concurrences sans valeur, assurer la suprématie d'un médicament hors ligne, cher et rare; ôtez-lui ce double tort, et vous l'aurez bientôt popularisé.

Jusque-là, il serait inconséquent de dédaigner plusieurs agents thérapeutiques qui, dans une certaine mesure, sont réellement susceptibles de modifier avantageusement les maladies périodiques ou de pallier leurs effets. Toutes, d'ailleurs, ne se puisent pas aux sources palustres, et il en est plusieurs qui n'ont pas de racines profondes dans l'organisme. A celles-là réservons les fébrifuges indigènes; employons-les encore, employons les fébrifuges économiques sur les malades auxquels la gêne, la pauvreté, interdisent les traitements dispendieux; toutefois, sous l'empire des constitutions franchement paludéennes, ces moyens termes doivent inspirer de la défiance, et il faut être prêt à recourir à la quinine dès que l'indication le commande, grave et pressante. En agissant ainsi, on peut réaliser beaucoup de bien en guérissant des fièvres, même tenaces et rebelles, tout en ménageant les petites bourses, qui sont les plus nombreuses.

Mais lorsque l'on a affaire à ces symptômes d'intoxication miasmatique qu'il faut emporter de haute lutte, à ces accès pernicieux qu'il faut chasser à outrance, qui oserait prescrire autre chose que le seul fébrifuge avéré? L'oser, c'est risquer une vie; il vaut mieux compromettre un système, et l'on ne perd pas alors, pour jouer avec un succédané douteux, les minutes qui restent pour sauver avec le quinquina. S'il était un médecin, inébranlable dans la robuste confiance que lui inspirerait tout autre remède qu'il préconise, qui vou-

lût tenter une expérimentation incertaine, nous ne l'arrêterions point en le défiant de la tenter sur lui-même; car le médecin, courageux en face de tous les dangers, mourrait pour sa foi scientifique comme pour ses malades; mais nous lui dirions : Si l'un des êtres qui vous sont chers, votre mère, votre femme ou votre enfant, tombait entre vos bras, frappé d'un accès de fièvre grave, d'un accès pernicieux qui suspend l'existence à un fil, répondez, la main sur votre conscience, sur votre cœur, hésiteriez-vous à prescrire la quinine ? — Vous n'hésiteriez pas. Dans ces conditions suprêmes, il n'y a de cause gagnée qu'avec l'aide du quinquina; nul autre médicament ne l'a déplacé dans la cure des affections paludéennes, et nous avions bien raison de dire plus haut que lui seul peut assumer la responsabilité du traitement des fièvres qui mettent la vie en péril.

Il y a donc une sorte d'impossibilité à vider la question de savoir s'il existe d'autres médicaments que le quinquina qui puisse comme lui enrayer les fièvres pernicieuses; et cependant, faute d'expérience à cet égard, la prééminence lui reste invinciblement acquise. Cette expérience, la probité médicale l'interdit tant que l'on aura sous la main un médicament quinique; le hasard, père des découvertes, pourra l'offrir. Supposez, par exemple, qu'un jour, en présence de l'une des formes les plus graves de l'intoxication paludéenne, un médecin, dépourvu de sulfate de quinine, confie la guérison à tel ou tel de ses succédanés, et qu'il l'obtienne : que le succès vienne à se reproduire dans des circonstances analogues, certes, on sera fondé à partir de cette base pour prendre des observations confirmatives et concluantes; mais un fait ainsi supposé est-il réalisable? Partout aujourd'hui où se trouvent en conflit la médecine et la fièvre paludéenne, la première est trop bien édifiée sur la malignité de la seconde pour procéder sans un approvisionnement préalable de quinquina. Tâchons que cette ressource ne nous fasse jamais défaut, et ne l'oublions à aucune heure en courant les bonnes fortunes des inventions.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Observation de névralgie faciale traitée avec succès par la résection du nerf sous-orbitaire et la cautérisation du nerf dans le canal osseux; nouveau procédé pour pratiquer cette opération.

Par le docteur Herrgott, professeur agrégé à la Faculté de Strasbourg.

Le traitement chirurgical des névralgies, quoique proposé et pratiqué depuis près d'un siècle, n'a pas été employé assez souvent en-

core pour qu'il soit indifférent de ne pas recueillir les faits nouveaux qui se présentent dans la pratique; d'un autre côté, ce traitement a été si souvent suivi de la reproduction de la maladie qu'il avait pour objet de combattre, qu'il est intéressant de rechercher dans les faits passés les causes de ces insuccès, afin de les éviter dans ceux qui se présentent de nouveau.

Restreignant notre étude à la névralgie sous-orbitaire, nous trouverons encore que les procédés qui ont été suivis jusqu'ici par A. Bérard et M. J. Roux, de Toulon, pour la résection de ce nerf, sont susceptibles d'une certaine perfection qui doit toujours être recherchée quand on opère sur la face, où la moindre difformité est une chose si pénible pour les malades.

La section simple du nerf douloureux, conseillée d'abord par Maréchal et pratiquée par un grand nombre de chirurgiens, par des procédés divers, expose trop facilement à la récidive pour qu'elle n'ait pas été généralement abandonnée; nous n'en parlerons donc pas.

La cautérisation transcurrente est le plus souvent inefficace dans les névralgies anciennes. La cautérisation profonde, comme la pratiquait André, et comme la préconise Boyer, n'est pas toujours suivie de succès; elle doit presque nécessairement échouer dans le cas où la névralgie a son point de départ dans un des filets nerveux qui se détachent du tronc sous-orbitaire dans le canal osseux; elle a en outre l'inconvénient de laisser au milieu du visage une cicatrice adhérente déprimée, constituant une affreuse difformité : c'est un moyen barbare qui devait être abandonné, et qui l'est en effet.

La résection du nerf et sa cautérisation dans la profondeur du canal est seule restée dans la pratique, et mérite d'être conservée et étudiée dans ses effets et les procédés opératoires conseillés pour l'exécuter.

M. A. Bérard publia, dans le Journal des Connaissances chirurgicales, en mai 1836, deux cas de névralgie faciale très-anciens guéris par la résection du nerf sous-orbitaire. Le procédé suivi par l'habile chirurgien que la science a perdu si prématurément consista à faire une incision en T par laquelle il pénétra à travers les parties molles jusqu'au trou sous-orbitaire, où il réséqua tous les filets émergents, dans une étendue de 1 centimètre environ.

En octobre 1852, M. J. Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon, publia dans l'Union médicale un travail important sur la résection des nerfs dans les névralgies faciales, dans lequel, généralisant son nouveau procédé opératoire, « il propose de pratiquer,

toujours en regard des trous d'émergence des nerfs de la cinquième paire, une incision courbe à concavité le plus souvent supérieure, comprenant toutes les parties molles jusqu'à l'os. Cette incision, ajoute M. Roux, donnera un lambeau qui, rapidement disséqué de bas en haut et soulevé, permettra de découvrir le nerf dans le canal après la trépanation, ou à son émergence du trou, de le saisir et de le réséquer. Après la résection, ce lambeau se rabat exactement, et il n'existe qu'une plaie simple à l'abri de la stagnation du pus. »

Il nous a semblé que pour arriver à mettre à découvert avec sûreté le tronc du nerf sous-orbitaire à sa sortie du canal osseux qu'il traverse, il n'était pas nécessaire d'une incision aussi grande, ni de former un lambeau qui laisse toujours à sa suite une difformité disgracieuse, et que, pour arriver à découvrir le trou sous-orbitaire, il n'était pas nécessaire de décoller du maxillaire toutes les parties molles dans une si grande étendue. La position si peu variable de cet orifice osseux et la nature des organes qui le recouvrent nous ont semblé de prime abord pouvoir constituer des guides assez précieux pour le chirurgien, pour le dispenser de cette incision semi-lunaire pratiquée au milieu de la joue.

Dans le but de vérifier la justesse de ces espérances, nous avons entrepris une série de recherches sur le cadavre, et voici ce qu'elles nous ont appris :

Le trou sous-orbitaire est situé à 8 millimètres environ au-dessous du rebord inférieur de l'orbite, dans un enfoncement qui semble être la limite supérieure de la fosse canine; il se trouve à égale distance du rebord interne et du rebord externe de l'orbite, par conséquent directement au-dessous du centre de l'orbite. Quelquefois le bord supérieur externe du trou sous-orbitaire est garni d'un renflement osseux assez prononcé, qui donne à cet orifice une direction de haut en bas et de dehors en dedans. Il résulte de cette disposition, qui est fréquente, que l'introduction d'un stylet dans le canal sous-orbitaire n'est pas toujours facile même sur une tête sèche et qu'elle doit quelquefois être précédée d'un élargissement de ce trou.

Le nerf sous-orbitaire repose sur l'os maxillaire dans un matelas graisseux et est directement recouvert par le muscle propre de la lèvre supérieure, qui s'insère sur le rebord osseux qui entoure la partie supérieure du trou sous-orbitaire, dans une étendue de 15 millimètres, de sorte que la section transversale des fibres de ce muscle met directement à nu les filets nerveux. Au-dessus de ce muscle se trouve du tissu cellulaire disposé en lame; c'est une espèce d'a-

ponévrose intermédiaire entre le petit zygomatique en dehors et le releveur commun de la lèvre et de l'aile du nez. Sur ce plan fibreux se trouve la veine faciale, qu'on trouve toujours dans la direction que nous allons indiquer plus bas; cette veine sert de point de repère pour indiquer à quelle profondeur on est arrivé. Au-dessus de la veine se trouvent du tissu cellulaire et les fibres les plus excentriques de l'orbiculaire de la paupière, qui sont recouvertes directement par la peau.

Le sillon génio-palpébral, constant sur tous les visages, marque assez exactement le bord inférieur de l'orbite et le sillon génio-labial, constant dans sa situation, est aussi très-marqué; les deux ont une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors; une ligne oblique parallèle à ces deux lignes et tracée à égale distance de chacune d'elles correspond assez exactement à l'orifice du canal sous-orbitaire; c'est sur cette ligne que nous conseillons de pratiquer l'incision par laquelle on doit pénétrer jusque sur le nerf sous-orbitaire, en traversant les tissus dans l'ordre inverse de celui dans lequel nous venons de le décrire; les deux points de repère dans cette opération sont, après les sillons que nous venons de nommer, la veine faciale, qui indique par sa situation la profondeur à laquelle on est arrivé, puis le muscle releveur de la lèvre supérieure, facile à distinguer sur le vivant, et dont la section met directement à nu le tissu graisseux reposant directement sur l'os maxillaire dans lequel se trouve le nerf. En suivant ses filets en haut, on est naturellement conduit vers le trou sous-orbitaire.

Les avantages de faire la section de la peau suivant la ligne que je viens d'indiquer sont d'abord de produire une cicatrice peu apparente, car elle est tout à fait dans la direction des plis naturels du visage, tandis que l'incision de M. Roux, beaucoup plus étendue, croise cette direction. De plus on est, par la constance des deux points de repère de la peau, sûr de ne pas s'éloigner sensiblement du milieu du trou sous-orbitaire, de trouver dans la profondeur des tissus deux guides positifs qui empêchent le bistouri de s'égarer.

Le procédé que nous proposons pourrait donc être formulé en quelques mots, de la manière suivante :

Faites une incision de 3 centimètres dans le milieu de l'espace décrit par les sillons génio-palpébral et génio-labial, et dans une direction intermédiaire : celle de ces deux lignes; divisez la peau, les fibres les plus externes de l'orbiculaire des paupières, le tissu graisseux abondant, dans lequel on trouve la veine faciale, réclinez cette veine en bas, divisez le plan fibreux placé sous la veine, et le muscle

releveur propre de la lèvre supérieure est mis à découvert ; on le reconnaît à sa direction perpendiculaire à l'incision ; divisez ce muscle, l'écartement de ces fibres laisse voir un paquet graisseux dans lequel se trouve le nerf, qu'on soulève avec un crochet mousse. En suivant en haut le tronc du nerf soulevé, on est conduit infailliblement vers le trou sous-orbitaire mis à nu.

Nous avons donc suivi ces données dans l'observation suivante, qui a été recueillie par M. Rapin, attaché comme externe à notre service.

Obs. Le nommé Miracki (Nicodème), né en Pologne, âgé de soixante-quinze ans, fut atteint, il y a sept ou huit ans, d'une carie de la dent canine supérieure du côté droit, accompagnée d'une douleur tout à fait locale. Deux années plus tard, il s'adresse à un chirurgien dentiste, qui mastique la partie malade sans résultat ; la douleur persiste ; trois mois après la dent est plombée de nouveau, mais il ne se manifeste aucun changement. L'application de deux sangsues aux gencives procure un grand soulagement, à tel point que pendant trois ou quatre ans le malade n'eut pas à se plaindre quoique la dent continuât à se gâter et que la couronne fût tombée. Mais en automne 1855, il ressentit de légers tiraillements intermittents, se propageant jusqu'à l'apophyse orbitaire interne. Les douleurs ne cessèrent d'augmenter ; elles devinrent insupportables, lancinantes, se produisant par accès assez rapprochés les uns des autres, pour se faire sentir toutes les cinq minutes au moins. Ces accès s'accompagnent de larmoiement de l'œil droit.

L'été dernier, l'extraction de la racine n'amena aucun soulagement ; des inhalations de chloroforme continuées pendant une semaine furent également sans effet.

Le malade vint alors consulter M. Hirtz à l'hôpital ; un traitement par l'électricité fut ordonné ; mais, au bout de sept séances, les douleurs étaient exaspérées, et une violente céphalalgie s'étant déclarée, on suspendit le traitement.

M. Wieger, ayant succédé à M. Hirtz dans le service de clinique interne, fut consulté également : il conseilla la section du nerf sous-orbitaire, et fit en même temps l'application d'une poudre blanche (probablement du chlorhydrate de morphine) introduite sous la peau au moyen de la lancette.

Aucun changement ne s'étant manifesté, le malade s'adressa à M. Bach, qui prescrivit des frictions trois ou quatre fois par jour sur la partie douloureuse avec une pommade blanche. Au bout de quelques jours, les douleurs étaient calmées. Cet état dura un mois, puis le mal reparut avec plus de violence que jamais.

Une application de vésicatoires entretenus à la nuque, derrière les oreilles et sur la région malade, apporta un peu de soulagement. Le malade prenait en même temps à l'intérieur une poudre blanche et amère. Mais au bout de huit jours les douleurs reparurent avec la même violence.

M. le professeur Schützenberger, auquel le malade s'est présenté en dernier lieu, a ordonné l'application de deux vésicatoires saupoudrés de morphine, l'un au-dessus de l'arcade sourcilière, l'autre au-dessous de l'arcade zygomatique du côté droit. Ce traitement amena une légère diminution dans les douleurs ; néanmoins, la mastication, l'articulation des sons et la fraîcheur de l'air provoquent

le retour des attaques, et la pression de la région sous-orbitaire détermine une exacerbation violente de la douleur et un larmoiement abondant. Dans cet état, M. le professeur Schützenberger pense que le seul remède efficace à ce mal si intense et si rebelle était la résection du nerf sous-orbitaire. En conséquence, ce malade fut évacué dans le deuxième service de la clinique chirurgicale, où il se présenta dans l'état décrit ci-dessus.

L'opération fut pratiquée le 25 novembre, en présence de M. le professeur Schützenberger et de ses élèves, et avec l'assistance de MM. les docteurs Bœckel, Engellhardt et Aronsohn. Elle ne présenta rien de particulier, sinon la régularité avec laquelle les points de repère indiqués plus haut servaient de guide au bistouri.

Le nerf sous-orbitaire fut attiré légèrement par un crochet mousse et coupé au niveau du trou sous-orbitaire, puis le tronc du nerf fut réséqué dans une étendue de 1 centimètre environ ; l'introduction facile d'un stylet dans le trou sous-orbitaire nous dispensa d'élargir ce trou moyennant une triphine préparée à cet effet ; et comme la névralgie avait commencé par la dent canine droite, il nous parut important, pour éviter toute récidive, de cautériser le tronc nerveux dans une étendue assez considérable, pour atteindre les racines des nerfs alvéolaires antérieurs qui se détachent du tronc principal dans le canal osseux, à quelques millimètres avant sa sortie. Cette cautérisation fut faite à l'aide d'un cautère fait exprès, auquel on avait donné la dimension et la courbure convenables. Le bord supérieur de la plaie fut réuni par des épingles ; le bord extérieur resta béant.

A son réveil du sommeil anesthésique, le malade ne ressentit plus sa douleur névralgique et accusa une insensibilité dans la lèvre supérieure et l'aile du nez, dont l'attouchement produisait naguère de si cruelles douleurs.

Le 26 et le 27, le malade alla très-bien ; le 28, il se manifesta dans la paupière inférieure et la conjonctive de la partie inférieure un gonflement œdémateux non douloureux. — Sachet de sureau.

Le 3 décembre, la suppuration se tarit peu à peu, et le malade sort le 10 décembre parfaitement guéri.

Aujourd'hui il conserve une cicatrice déprimée, qui paraît plus visible en raison de la laxité des tissus de notre malade, mais qui, en raison de sa direction et de sa position, est bien moins désagréable que si elle avait toute autre direction.

C'est donc là un fait de guérison complète à ajouter aux deux de M. Bérard et aux trois de M. Roux, qui prouve l'efficacité du traitement chirurgical des névralgies.

Nous pensons que les indications anatomiques que nous avons données sur la région sous-orbitaire engageront les chirurgiens qui

voudront pratiquer cette opération à suivre la voie que nous venons de tracer; ils y trouveront la sûreté nécessaire au succès et un résultat plus satisfaisant que dans celle des honorables chirurgiens de Paris et de Toulon.

On a dit que le procédé que nous avons indiqué et suivi n'était pas neuf, qu'il avait été décrit par MM. Malgaigne (1) et A. Guérin (2); nous renvoyons le lecteur à ces ouvrages, il pourra se convaincre qu'il n'y a entre ces procédés et celui que j'indique aucune ressemblance.

Quant au procédé qui consiste à arriver au tronc sous-orbitaire par la bouche, il est jugé par M. Malgaigne, qui l'indique par ces mots : « On agit toujours à l'aveugle (3). »

Nouveau procédé de rhinoplastie latérale ayant pour but de conserver la régularité du contour des narines (4).

Par M. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Obs. IV. *Rhinoplastie pour un cancroïde du nez ; conservation complète du lobule et du pourtour des ailes de cet organe ; formation de lambeaux aux dépens de la peau des joues; déplacement par la méthode française ; reproduction complète de la forme normale.* — Benet (Baptiste), âgé de soixante-trois ans, né à Roquefort (Aude), exerçant la profession de mineur, est entré le 9 juin 1854 à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier, où il occupe le n° 50 de la salle Saint-Barthélemy. Il présente, à un centimètre au-dessus du lobule nasal, une ulcération de la grandeur d'une pièce de deux francs, un peu irrégulière, empiétant vers les parties latérales du nez, mais peu profonde, n'offrant qu'une légère induration sur ses bords, et revêtue à sa surface de granulations rougeâtres laissant suinter une petite quantité d'ichor. Les tissus environnants paraissent sains; la peau n'a pas cette teinte violacée ni ces plaques épidermiques que l'on rencontre quelquefois autour des cancroïdes; elle n'a pas subi d'induration et se trouve parfaitement mobile sur les parties subjacentes, en raison de la laxité du tissu cellulaire. Le doigt, introduit dans chaque narine, permet de reconnaître que la muqueuse ne participe pas à l'altération des tissus superficiels, que l'on déplace très-distinctement par une pression exercée dans ce but. Le malade déclare qu'aucun membre de sa famille n'a été atteint de maladie semblable à la sienne. Lui-même a toujours eu les apparences d'une bonne santé; il n'a jamais contracté la syphilis, et il prétend que cette ulcération a succédé à une ancienne verrue qui a grossi et dégénéré depuis deux ans. La production et la chute successive des croûtes qui se sont formées à sa surface ont occasionné à la fin une ulcération permanente, accompagnée d'élancements douloureux.

Ayant reconnu un cancroïde, et m'étant assuré par les questions adressées au malade que les divers moyens caustiques ou autres qu'on avait mis en usage

---

(1) Manuel de méd. opératoire, deuxième édit., p. 157. — (2) Eléments de chirurgie opératoire, p. 250. — (3) *Ibid.*, p. 157.

(4) Suite. — Voir les livraisons des 30 janvier et 28 février, p. 62 et 157.

jusqu'à ce jour n'avaient produit aucun résultat favorable, je lui proposai comme la meilleure ressource l'opération, qui fut acceptée facilement.

Cette opération, partiquée le 28 juillet, consista en quatre incisions, dont les deux supérieures et horizontales, partant d'un même point du dos du nez, au-dessus de l'ulcération, se prolongeaient chacune dans l'étendue de 25 millimètres vers la joue correspondante; les deux incisions inférieures, parallèles aux supérieures, commencées de la même manière au-dessous de l'ulcération, s'étendaient aussi en dehors dans l'épaisseur des joues, en laissant au-dessous d'elles le lobule et le pourtour cutané des narines, dont la conservation devait maintenir la régularité du nez. L'ulcération se trouva cernée ainsi entre les deux grandes incisions horizontales, qui furent réunies sur le dos du nez et au milieu même du cancroïde par une dernière incision verticale comprenant toute l'épaisseur de ce tissu, de manière à favoriser à droite et à gauche sa dissection, qui fut poursuivie vers la face celluleuse jusqu'à sa racine. Cette dissection ayant isolé la partie tégumentaire de la joue, qui devait être ramenée par le déplacement sur la perte de substance du nez, je mesurai la longueur et le degré de mobilité des lambeaux et je retranchai de leur bord libre, et à une distance convenable, toute la partie altérée qui leur était attenante.

Lorsque ce manuel opératoire fut terminé, j'essuyai la plaie avec précaution; les fils à ligature, dont l'application avait été faite au moment de la lésion des petites artères du nez, furent convenablement ramenés en dehors et je fixai les lambeaux sur la perte de substance nasale au moyen de la suture entrecoupée. Trois points de suture maintinrent l'affrontement sur la ligne médiane; et six autres points, distribués sur chaque bord, affermirent le contact des lambeaux sur leur nouvelle place. Le lieu d'application des points fut choisi de manière à ce qu'il n'y eût aucun tiraillement inégal dans les lambeaux, et deux fils furent spécialement placés de manière à assurer le succès de la greffe en dehors des ailes du nez, au niveau de la dépression ou du sillon qui les sépare de la joue. Cette précaution avait pour but de conserver les traces de sillon sur la surface cutanée de chaque lambeau et d'influer ainsi sur la régularité de forme de cette région. Quant aux narines, elles étaient maintenues avec leur aspect naturel, par l'annexion de leur bordure cutanée à la ligne inférieure de chaque lambeau.

Quelques bandelettes de taffetas gommé furent appliquées dans divers sens sur la plaie, afin de soulager les points de suture.

Cette opération, qui avait été minutieusement exécutée, eut les suites les plus heureuses; aucune hémorrhagie, aucun accident, aucune douleur même ne suivirent son exécution.

29 juillet. Le malade a bien passé la nuit. Sommeil calme, point de fièvre. (Diète, limonade.)

Les 30, 31. L'état du sujet continue à être satisfaisant; il n'y a ni douleur ni tiraillement dans la partie opérée. (Deux soupes.)

1er août. On enlève, après les avoir humectées, les bandelettes de taffetas d'Angleterre; aucun point de suture n'a cédé; il s'écoule à peine quelques gouttes de sang par les lignes de réunion horizontales; il n'y a ni gonflement douloureux ni chaleur au niveau de la plaie. (Même pansement; potage, pruneaux.)

Le 2. L'état général et l'état local vont en s'améliorant; un peu de pus suinte au pourtour de quelques-uns des fils de suture.

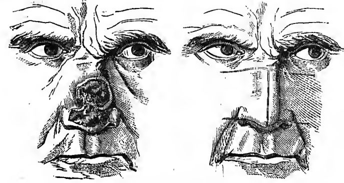
Le 3. On coupe tous les points de suture; la cicatrisation est opérée; les lambeaux sont maintenus seulement au moyen des bandelettes. (Quart d'aliments.)

Le 5. On change de nouveau les bandelettes; l'aspect de la plaie est toujours

bon; seulement, vers la ligne de réunion supérieure, à droite, il y a un léger écartement des lèvres cutanées. Dans les lignes médiane et inférieure, qui sont les plus importantes au point de vue morphologique, la réunion est aussi exacte que possible.

Le 6. Les bandelettes sont supprimées; on touche avec le crayon de nitrate d'argent les bourgeons charnus du bord supérieur droit de la plaie, et l'on se borne à panser la partie en la recouvrant avec un linge fin cératé. (On permet à l'opéré le régime alimentaire ordinaire.)

Le 21 août. Le malade, déjà guéri depuis plusieurs jours, quitte l'hôpital. Il présente une régularité si exacte dans les formes du nez, qu'en le regardant à une certaine distance, les traces de l'opération sont complétement effacées, et qu'en l'examinant de près il serait difficile de supposer que le nez a subi une restauration pour une lésion aussi étendue.



Le cas que nous venons de mentionner nous a rendu témoin du résultat le plus complet que nous ayons encore observé en fait de restaurations nasales. Ce résultat tient à plusieurs causes. Le peu de profondeur de l'ulcération, en respectant le squelette fibro-cartilagineux du nez, avait ménagé la condition essentielle du maintien de la forme et de la saillie de cet organe. On sait que l'absence de ce patron naturel sur lequel se moulent les lambeaux tégumentaires en détermine les déformations ultérieures, si souvent remarquées à la suite des rhinoplasties frontale ou génienne, lorsque l'opérateur est obligé d'attendre de l'épaisseur du lambeau toute la résistance nécessaire au maintien de la proéminence nasale. La supériorité des résultats obtenus par la conservation des pièces cartilagineuses restées saines devrait écarter le dédain que certains opérateurs ont paru affecter pour cette précaution; et n'eussions-nous d'autre renseignement à ce sujet que celui qui émane du cas que nous venons de raconter, qu'il suffirait pour fixer notre conduite à l'avenir.

Le succès que nous avons constaté tient aussi à une circonstance particulière assez commune chez les vieillards, et qui favorise chez

eux les opérations autoplastiques, nous voulons parler de la laxité extrême du tissu cellulaire et de la mobilité naturelle de la peau de la face sur les parties subjacentes. Cette disposition existait au plus haut degré chez notre malade ; il en est résulté une plus grande facilité à détacher les lambeaux par la dissection sous-cutanée, un affrontement exempt d'efforts et un défaut presque absolu de tiraillement à la racine des lambeaux. Une mobilité pareille est loin de se rencontrer chez tous les sujets, et nous avons remarqué que certain opéré présentait, sous ce rapport, des conditions locales éminemment contraires à la méthode par déplacement. On trouve parfois une peau rigide, du tissu cellulaire épais et comme induré ; et lorsque, après des dissections laborieuses et étendues des opercules réparateurs, on veut les ramener dans la position nouvelle qu'on leur destine, la résistance des points fixes fait subir aux sutures des tiraillements douloureux suivis d'ulcérations prématurées, qui compromettent la réussite de la greffe. Chez notre opéré, aucune difficulté de ce genre n'a contrarié le résultat ; les tissus cutané et celluleux, correspondant à la base adhérente des lambeaux, ont prêté au déplacement de ceux-ci, et la réunion a pu s'effectuer à l'abri de ces tractions qui déchirent si facilement les cicatrices dans leur organisation primitive.

Nous devons faire remarquer une précaution particulière qui nous a servi à régulariser l'aspect de la face chez notre opéré, et qui a consisté à maintenir le pli naturel ou la ride qui, de la région latérale du nez, s'étend en bas et en dehors dans la direction de l'angle des lèvres, et qui est développé en raison directe de l'âge. Lorsque ce pli est très-prononcé et qu'on néglige de distribuer convenablement les points de suture qui assujettissent les bords supérieur et inférieur du lambeau génien, celui-ci se greffe sans que les bords suivent l'ondulation représentée par le pli naso-labial, et il en résulte une saillie de chaque bord, qui fait contraste avec la dépression naturelle et laisse trop reconnaître l'artifice chirurgical par lequel les téguments de la joue ont été transportés sur le nez. Ce défaut était apparent chez le malade qui fait le sujet de notre troisième observation ; nous l'avons corrigé chez le dernier opéré, en plaçant un point de suture en haut et en bas, exactement au niveau du sillon. Le lambeau, doué de souplesse, a suivi l'ondulation de l'épaisse ride tégumentaire, et en la reproduisant sur sa face externe après la cicatrisation, il contribuait à l'illusion qui dissimulait les traces de la réparation nasale. En agissant ainsi, on dessinait d'ailleurs avec beaucoup plus d'exactitude la saillie du nez, et peut-être y aurait-il

lieu de mieux chercher à assurer le résultat en exerçant, par exemple, une pression modérée, mais permanente, sur les points du lambeau qui correspondent au lieu de connexion du nez et de la joue. Des bandelettes étroites de taffetas gommé ou l'application d'un pince-nez à mors élastiques concourraient efficacement à ce but.

Quant à la régularité du contour des ouvertures nasales, elle a été, chez notre opéré, telle qu'on pouvait l'espérer de l'état d'intégrité de ces ouvertures dont le rebord cutané, ménagé par l'incision inférieure, avait été réuni avec un soin particulier au rebord correspondant de chaque lambeau.

— Si nous voulons tirer des quatre observations qui précèdent les inductions chirurgicales dont elles sont la source, il sera possible d'arriver à l'adoption réfléchie d'un mode plus satisfaisant dans son but, plus assuré dans ses résultats, et aussi facile dans son exécution que les modes opératoires ordinaires, pour pratiquer la restauration des ailes du nez.

Rappelons d'abord que cette rhinoplastie partielle, d'origine plus récente que la rhinoplastie totale, peut être pratiquée par les trois méthodes plastiques connues ; mais on a renoncé à la méthode italienne, préconisée par Græffe, et les préférences des chirurgiens ne peuvent se rapporter qu'aux méthodes indienne et française. Il est des cas dans lesquels il ne saurait y avoir option ; l'étendue de la perte de substance, la disposition des parties voisines peuvent rendre la méthode indienne nécessaire et la méthode française inapplicable. Ces opérations de nécessité se placent d'elles-mêmes en dehors de la discussion ; mais lorsque les parties affectées et celles du voisinage sont autrement disposées, que le choix est possible, la méthode française est bien préférable.

On obtient par sa mise en pratique des lambeaux plus larges, mieux nourris, adhérents par une base plus étendue, où se distribuent des rameaux artériels nombreux ; aucune torsion ne gêne la circulation dans la racine des lambeaux, leur translation peut se faire sans effort. Le tissu cellulaire de la joue est doué, surtout chez les sujets âgés, d'une élasticité qui se prête à cette translation ; dans le cas où elle exigerait des tiraillements, une incision tégumentaire, pratiquée à distance de leur base, leur donnerait une mobilisation convenable. La fixation des lambeaux sur la circonférence des parties retranchées est facile, les lignes de cicatrisation sont régulières. L'opération, considérée dans son ensemble, est plus facile ; aussi la méthode française tend-elle de plus en plus à se généraliser, malgré

les premiers exemples de succès de la méthode indienne, que l'on doit à Delpech, à Dupuytren et à Roux.

Pour appliquer la méthode indienne à la réparation de l'aile du nez, Delpech emprunta son lambeau à la peau du front. Dupuytren se servit de la peau de la joue, retourna son opercule et combla une petite perte de substance. Roux, par une série d'opérations compliquées, mais où il se révélait une heureuse combinaison et une persévérance chirurgicale remarquable, fit venir son lambeau de plus loin; il le prit sur la lèvre inférieure; et, par des migrations successives, il l'amena sur la lèvre supérieure, puis sur le nez; et par cette anaplastie composée, il finit par remédier à un vice de conformation accidentel et complexe des ailes nasales. Mais ne voit-on pas, par le récit même de ces opérations, que si leur but principal, c'est-à-dire l'obturation du vide nasal par un lambeau, fut obtenu, l'opération elle-même ne fut ni simple dans son exécution, ni exempte d'inconvénients dans ses suites? La chirurgie peut-elle accepter, comme sa dernière expression de progrès, une méthode dont l'exécution est plus laborieuse, qui expose plus particulièrement à des complications inflammatoires, à la mortification des lambeaux à cause de la torsion, de l'inclinaison ou de l'exiguïté de leurs pédicules, et qui, après la guérison, laisse des cicatrices irrégulières sur le front, la joue ou telles autres parties qui ont toléré l'emprunt de l'opercule? Ces inconvénients ne sauraient être dissimulés, et la méthode française tend à les affaiblir ou à les effacer.

Larrey, l'un des premiers, devançant les chirurgiens allemands, traça la voie qu'on a injustement revendiquée en faveur de Dieffembach, et fit avec succès la réparation des ailes du nez sur un blessé qui avait subi un coup de feu et qui était horriblement défiguré; il employa la méthode par déplacement, en poursuivant la dissection des lambeaux jusque vers les pommettes, et en les ramenant sur le dos du nez, où ils furent maintenus par la suture. Ce souvenir de la méthode de Celse décida Lisfranc à tenter l'emploi du même mode opératoire pour la restauration totale du nez. Depuis lors Dieffembach et Serre l'ont vanté pour la restauration partielle des ailes nasales; Serre surtout n'a pas dissimulé sa préférence absolue pour la méthode française, qui est devenue aujourd'hui la méthode d'élection à Montpellier, et qui, nous n'en doutons pas, acquerra à l'avenir une suprématie méritée. L'observation même de M. Baudens, dont nous avons parlé plus haut, est une nouvelle preuve à l'appui de l'efficacité de la méthode française, et tous les efforts doivent tendre aujourd'hui à en perfectionner les détails.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note pharmacologique sur l'amylène ; son mode de préparation [1].

La pureté de l'agent est la première de toutes les conditions pour les substances anesthésiques ; l'étude pharmaceutique doit précéder l'examen des propriétés médicales. C'est conformément à ce principe que M. Hepp, pharmacien en chef des hospices civils de Strasbourg, a bien voulu s'associer à nos recherches : il a mis à notre disposition de l'amylène pur ; il nous a communiqué la notice pharmaceutique qu'on va lire.

Origine. Les eaux-de-vie de marcs, les liqueurs qui résultent de l'action du ferment sur la fécule de pommes de terre, possèdent une saveur désagréable, qui provient d'une matière huileuse, connue sous le nom d'essence de pommes de terre. On a dérivé de l'essence de pommes de terre un grand nombre de composés, offrant une analogie telle avec ceux que l'on a obtenus de l'alcool, que les chimistes n'ont pas hésité à regarder cette essence comme un véritable alcool, auquel ils ont donné le nom d'alcool amylique.

En mettant en contact avec l'alcool amylique des agents de déshydratation, tels que l'acide sulfurique, l'acide phosphorique concentré, les gaz fluo-boriques et fluo-siliciques, le chlorure de zinc en solution concentrée, on obtient un hydrogène carboné $C^{10}H^{10}$, homologue au gaz oléfiant, auquel M. Balard a donné le nom d'amylène. Le chlorure de zinc est celui des corps employés par M. Balard qui exerce l'action la plus nette.

Par l'action de la chaleur et du chlorure de zinc, on décompose l'alcool amylique en trois carbures d'hydrogène inégalement volatils.

Propriétés. M. Balard a réservé le nom d'amylène au carbure le plus volatil. C'est un liquide incolore, très-fluide, d'une pesanteur spécifique de 0,661 à 12° ; la densité de sa vapeur est de 2,45 ou de 2,68 suivant les auteurs ; le point d'ébullition est à 35°.

Voici le tableau comparatif des densités du chloroforme, de l'éther et de l'amylène :

---

[1] Nous empruntons cet article aux *Recherches sur les effets anesthésiques de l'amylène* que M. le professeur Tourdes, de Strasbourg, vient d'adresser à l'Académie de médecine. Nos lecteurs trouveront au Bulletin des hôpitaux de nouveaux détails sur les propriétés du nouvel agent.

(*Note du rédacteur en chef.*)

	Chloroforme.	Éther.	Amylène.
Pesanteur spécifique......	1,506	0,715	0,661
Densité de la vapeur.......	4,199	2,250	2,450 ?
Point d'ébullition.........	60°	35°,6	35°

Nous donnons pour la pesanteur spécifique et pour le point d'ébullition du chloroforme et de l'amylène les résultats obtenus par M. Hepp. Le point d'ébullition de l'amylène avait déjà été fixé à 35° par Frankland, au lieu de 39°, chiffre indiqué par d'autres chimistes (1).

Le point de l'ébullition de l'amylène, inférieur à la température animale, est tel, qu'introduit dans les vaisseaux, il s'y vaporise brusquement; il y circule à l'état de gaz, rapidement éliminé par les poumons. — L'amylène est soluble dans l'alcool et l'éther; il est à peu près insoluble dans l'eau.

L'odeur de l'amylène est, suivant l'expression de M. Snow, moins agréable que celle du chloroforme, moins désagréable que celle de l'éther; elle n'est ni piquante ni irritante, et elle n'excite, en général, aucune répugnance. Elle rappelle de loin l'odeur de l'huile de naphte.

Inflammabilité. L'amylène s'enflamme avec facilité. Une éponge imbibée de cette substance prend feu rapidement; les vapeurs peuvent même s'allumer à une certaine distance de l'éponge. Il y aura donc des précautions à prendre pour les opérations d'anesthésie qui se feront à la lumière artificielle.

L'amylène brûle avec une flamme blanche, accompagnée d'un peu de fumée. Quand on compare sa flamme à celle de l'éther, qui brûle plus facilement encore, on distingue des teintes un peu foncées et légèrement rougeâtres dans la flamme de l'amylène.

Le chloroforme, au contraire, ne brûle qu'avec beaucoup de difficulté, et en donnant à la flamme une teinte verdâtre.

Congélation. Un phénomène curieux s'est produit pendant les opérations d'anesthésie à l'aide de l'amylène. L'évaporation de ce corps est tellement rapide, qu'il s'est déposé sur l'éponge de petits cristaux blanchâtres formés par l'amylène congelé. Les cristaux placés sur la langue s'évaporaient rapidement, en laissant une sensation d'éther.

Préparation. La préparation de l'amylène n'offre aucune diffi-

(1) L'échantillon d'amylène qui nous a été envoyé de Londres par M. Snow bout à 31°, celui préparé par la maison Ménier a son point d'ébullition à 28°. Ni l'un ni l'autre ne sont donc des produits chimiquement purs. La volatilité plus grande du médicament rend son action plus rapide; au point de vue de l'anesthésie, c'est un avantage incontestable. (*Note du rédacteur en chef.*)

culté. On commence par rectifier l'alcool amylique en le secouant avec de l'eau, pour enlever l'alcool qu'il peut eontenir, puis on distille sur du chlorure de calcium, en reeueillant le produit au moment où le point d'ébullition arrive à 130°. On mélange dans une eornue parties égales d'alcool amylique et de ehlorure de zine, marquant au moins 70° à l'aréomètre de Baumé, on agite fréquemment pendant que la température s'élève, afin de faeiliter la dissolution du ehlorure de zine. La distillation eommenee vers 130°. Le produit de la distillation est un mélange d'amylène, de paramylène et de métamylène, et est reetifié à la température du bain-marie. On ne recueille que la partie la plus volatile, qui est agitée avee son volume d'acide sulfurique concentré ; c'est un moyen faeile de séparer l'amylène des autres earbures qui se sont produits simultanément. Il suffit de distiller le liquide séparé par l'aeide sulfurique dans un appareil sec pour disposer d'un produit irréproehable à l'emploi médical [1].

L'amylène obtenu par l'aetion de l'aeide sulfurique sur l'aeide amylique est d'une odeur repoussante d'urine de ehat, due à un eomposé d'une nature partieulière, eontenant du soufre parmi ses éléments et dont la séparation est diffieile. On obtient, du reste, par l'emploi de l'acide sulfurique peu d'amylène, beaueoup de paramylène, de l'éther et de l'aldéhyde amylique, la température étant portée jusqu'à 160° pendant eette réaction.

La préparation au moyen du ehlorure de zine est encore la plus effieace, mais elle est jusqu'ici dispendieuse, et on n'obtient qu'avec assez de peine les grandes quantités d'amylène que paraît nécessiter l'emploi de ee moyen anesthésique. Ces diffieultés ne seront très-probablement que passagères, l'aleool amylique ayant en lui-même peu de valeur. Il n'est guère employé que pour la préparation de l'acide valérianique, et dans quelques usines il sert à l'éelairage.

Une expérience faite sur le paramylène a fait reeonnaître qu'il ne possédait pas les propriétés anesthésiques de l'amylène.

Lavement au borax.

Les bons effets obtenus des eollutoires au borax contre les aphthes de la muqueuse bueeale doivent engager les médecins à recourir plus souvent qu'ils ne le font à l'action topique de cette substance.

---

[1] L'odeur de l'amylène sera le moins prononcée possible, si on ne fait pas intervenir l'acide sulfurique ; il faut alors avoir recours à des distillations successives. (*Note du rédacteur en chef.*)

Ainsi, dans les catarrhes intestinaux chez les enfants, il arrive souvent que la muqueuse s'ulcère au pourtour de l'anus. Dans ces cas, M. Bouchut emploie avec avantage un lavement ainsi formulé :

Sous-borate de soude.......	4 grammes.
Décoction légère d'orge entière..........	150 grammes.

La dose de borax peut être progressivement portée à 6 et 7 grammes.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur une formule de traitement curatif de la migraine (1).

Lettre à M. le docteur Serre, d'Alais.

Aux faits que je vous ai déjà cités permettez-moi d'ajouter les suivants ; j'espère que leur nombre, à défaut de la valeur de quelques-uns, suffira pour entraîner chez vous cette dose de conviction nécessaire pour provoquer à un essai.

Obs. V. Mme X..., âgée de vingt-huit ans, malgré de fâcheux antécédents héréditaires (son père est mort phthisique), a toujours joui d'une santé excellente. Elle doit cette bonne constitution à l'influence maternelle. Les seuls accidents qu'elle ait jamais éprouvé sont des accès de migraine. Tant qu'elle a habité la province, son incommodité est demeurée très-supportable ; mais, en 1849, la mort de son mari est venue la forcer à rejoindre sa famille fixée à Paris. L'influence du séjour dans la grande ville s'est fait immédiatement sentir sur la régularité et l'abondance du flux menstruel, puis est survenue de la leucorrhée. A ces circonstances pathogéniques, qui suffisaient pour aggraver sa maladie, vinrent s'ajouter les modifications apportées à ses habitudes casanières; aussi, sous l'influence de ces divers facteurs, les accès de sa migraine ne tardèrent pas à devenir fréquents et intenses. Après avoir cherché en vain un soulagement parmi les remèdes prônés à la quatrième page des journaux, elle vint me consulter dans le courant de mars 1851. Je lui prescrivis les pilules de digitale et de quinine. Ce traitement fut suivi assidûment pendant trois mois. Les troubles de la menstruation n'étaient pas alors complétement dissipés, je lui donnai le conseil d'aller passer l'été à une campagne qu'elle possède dans son pays natal. Ce retour à sa vie première ne tarda pas à faire disparaître même la leucorrhée. Pendant toute la durée de son séjour

(1) Suite. Voir le numéro du 15 février, page 114.

à la campagne, cette dame n'éprouva pas un seul accès de migraine. Lorsqu'elle revint à Paris et que la saison d'hiver fut venue et avec elle les occasions de veilles prolongées, les accidents de dysménorrhée reparurent, et, quoique beaucoup moins intenses que la première fois, ils suffirent pour ramener quelques accès de migraine, mais si légers que cette dame n'a jamais voulu reprendre l'usage de ses pilules. Les six mois qu'elle passe chaque année à la campagne ont suffi depuis pour faire disparaître progressivement sa maladie.

Obs. VI. Mme X..., sœur cadette de la malade précédente, ressemble beaucoup à son père, aussi sa constitution est chétive. Malgré cela, elle n'a éprouvé dans son enfance d'autres maladies que celles habituelles à cet âge. Vers la puberté et peu après l'établissement de la menstruation elle commença à présenter des troubles de l'intelligence et fut en proie à des hallucinations. Comme je me propose de revenir sur ce fait à propos de l'influence que certaines diathèses exercent sur la production de la folie, vous me permettrez de passer sous silence cette partie de l'observation. Outre l'affection mentale, la malade éprouvait de fréquents accès de migraine. Vers l'âge de vingt-deux ans, on profita d'un temps d'arrêt dans la marche de la vésanie, et, malgré mon avis, on maria la malade. Depuis cette époque les accès de migraine qui se manifestaient chaque mois pendant la durée des règles devinrent plus intenses, et, témoin des bons effets du traitement suivi par sa sœur, elle vint me prier de lui donner la même formule.

Me rappelant le conseil donné par Tissot de respecter les migraines quand elles accompagnent une autre névrose, et fidèle au grand principe, *primò non nocere*, je voulus dissuader la malade de tenter un semblable essai, je cherchai à lui persuader que sa migraine tenait à une tout autre cause que celle de sa sœur et que chez elle l'affection prenait sa source dans un état particulier de l'utérus. Pour mieux la convaincre, je proposai une consultation avec M. P. Dubois. L'avis du savant professeur fut de tenter d'abord l'usage de la poudre de belladone, à la dose de 5 centigrammes pendant les quinze jours qui précédaient chaque apparition des règles; puis, dans le cas où aucune amélioration ne se ferait sentir, de ne pas hésiter à recourir à la dilatation du col utérin à l'aide de bougies en cire. La belladone ayant échoué, avant de recourir au traitement mécanique, je soumis la malade aux pratiques hydrothérapiques. Au bout d'un mois de l'emploi de l'eau froide, je commençai l'introduction quotidienne des bougies tout en continuant le traitement hydrothérapique. Lassée de ces tentatives stériles, cette dame emprunta l'or-

donnance de sa sœur, et sans m'en rien dire prit chaque jour une pilule de digitale et de sulfate de quinine; ses accès de migraine n'ont pas tardé à diminuer, puis à disparaître. Ces faits se passaient pendant le printemps de 1852. Attribuant les bons résultats à l'intervention de l'eau froide, je fis recommencer le traitement au mois d'octobre, et depuis cette époque la malade va passer régulièrement les mois de mai et juin, puis ceux de septembre et d'octobre à l'établissement hydrothérapique d'Issy.

Depuis que la migraine de cette malade a disparu, ses parents assurent que les troubles cérébraux présentent plus d'intensité; ainsi leur opinion viendrait à l'appui de l'assertion de Tissot. Pour moi qui, depuis plus de dix années, suis le médecin de cette dame et, par conséquent, bien au courant des oscillations que présente son affection mentale, je n'ai rien vu, malgré l'attention toute spéciale que j'ai apportée à cet examen, qui vienne légitimer leur dire. Cette présomption de la famille s'explique très-naturellement; la venue des accès de migraine rompait autrefois la monotonie des discours de la malade; chaque mois on entendait cette dame se plaindre d'autre chose que des idées bizarres fournies par ses hallucinations, c'était une diversion, elle a cessé depuis que la malade est débarrassée de sa migraine. De là, l'erreur. Une preuve d'un autre ordre : le meilleur remède pour la malade de triompher de son état mental est de venir causer avec moi, et, après une séance d'une heure de médecine morale, il est rare qu'elle ne quitte pas mon cabinet l'esprit beaucoup plus tranquille; or, je n'ai pas reçu depuis de plus fréquentes visites de cette dame, et mes efforts pour chasser les idées bizarres qui assiégent son esprit sont plutôt moins considérables qu'autrefois.

Ce résultat, je le signale, non pour battre en brèche l'assertion de Tissot, car si un fait semblable se présentait à mon observation, je n'hésiterais pas à suivre la même ligne de conduite et conseillerais de respecter les accès de migraine; mon but est surtout de mettre en relief les bons effets de l'intervention du traitement hydrothérapique.

Obs. VII. M. V., âgé de trente-sept ans, d'un tempérament nerveux, fut affecté, pendant son séjour à l'Ecole polytechnique, en 1839, d'une fièvre typhoïde. A peine convalescent, il voulut reprendre le cours de ses études et tenter même de réparer le temps perdu. Dès ce moment, ses digestions devinrent lentes, difficiles, et furent accompagnées d'éructations, parfois de vomissements. Le temps des vacances, employé tout entier en voyages, améliora son

état; mais ce fut seulement trois années après, alors qu'il quitta Paris pour prendre un service dans les ponts et chaussécs, quc la vie active réclamée par sa position nouvelle vint rétablir complétement les fonctions de ses voies digcstives.

En 1848, sans cause plus appréciable que cette ancienne susceptibilité de son estomac, il éprouve pour la première fois un accès de migraine qui se manifeste dans l'après-midi et dure jusqu'au moment du coucher. A dater de ce moment, la maladie s'établit, et chaque fois que les besoins de son service le forcent à changer son mode d'occupation, un accès de migraine apparaît. Passe-t-il du travail de cabinet à la surveillance des travaux sur le terrain, il est pris, dès l'après-midi, d'un accès qui se juge seulement pendant le sommeil de la nuit. Après quelques jours d'absence, rentre-t-il chez lui pour reprcndrc ses occupations de bureau, nouvel accès affectant la même marchc. Cctte dette une fois payée à la modification de régime, sa santé est parfaite, à la condition toutefois de ne se pas mettre au travail immédiatcment en sortant de table. Lc meilleur moment de l'année est l'époque de la chasse; pcndant toutc sa durée, notre malade prend un exercice journalier en plein air; aussi reste-t-il alors des mois entiers sans ressentir son incommodité.

Dans ces dernières années, les accès se sont progressivement éloignés; mais à mesure que l'intervalle qui les séparait devenait plus considérable, leur durée augmentait et les paroxysmes gagnaient en intensité. Aujourd'hui, il n'est pas rare qu'ils durent huit et dix jours de suite; dès le troisième jour, il est forcé de prendre le lit: heureux quand un sommeil profond d'une durée de douze à quatorze heures vient amener une trêve! Elle n'est jamais longue; après vingt-quatre ou quarante-huit heures, avant que tout sentiment de courbature laissé par l'accès soit dissipé, les mêmes accidents reparaissent et suivent la même marche.

La migraine, développée à ce point, constitue plus qu'une incommodité; les souffrances qu'elle cause ont beau ne pas compromettre la vie des malades; par ses retours inopinés et opiniâtres, l'affection n'en vient pas moins enlever brusquement à leurs occupations habituelles ceux qui en sont atteints. Aussi voit-on les personnes les plus sérieuses venir alors stimuler l'indolence de leur médecin et provoquer des essais de médications capables de triompher de leur maladie. C'est ce que fit M. V. Son médecin, rattachant la migraine à l'état des fonctions digestives, mit en œuvre tous les stomachiques, puis le café à haute dose et l'opium, et le malade y joignit des lo-

tions froides pratiquées chaque matin au sortir du lit. Toutes ces tentatives restèrent infructueuses.

En janvier 1856, M. V. vient à Paris. Il commence par payer sa dette au voyage; l'accès dure la semaine et le force à garder le lit quatre jours de suite. L'accès passé, il m'est adressé par son père, et je lui prescris les pilules de digitale et de quinine. Désireux d'assurer le résultat de son traitement, M. V., pendant les quinze jours qu'il passe à Paris, double la dose et prend une pilule matin et soir. Avant de retourner à son poste, il vient me voir, et je le dissuade de rien modifier à ma prescription. Le résultat de ces premiers jours de traitement furent remarquables, puisque, à son arrivée chez lui, M. V. put, pour la première fois, reprendre ses occupations de cabinet, sans éprouver son accès habituel de migraine. Ebloui par ce résultat, notre malade négligea ses pilules; mais, après deux mois de tranquillité, fait qui ne s'était pas encore produit depuis dix-sept années, un nouvel accès vint lui prouver qu'il devait se conformer aux prescriptions que je lui avais tracées. L'avertissement ne lui a pas profité; forcé alors à des excursions fréquentes, il oubliait souvent ses pilules, et, au lieu de tenter de triompher de la maladie, il s'est borné au traitement de ses accès. Dès le premier indice, il prit une pilule; il répéta la dose quatre heures après, et en prit une dernière en se couchant. Le second jour, les accidents reparurent; mais, au lieu d'aller en croissant, ils furent en diminuant. M. V. se borna à prendre deux pilules quatre heures après chacun des repas. Enfin, le troisième jour, époque du paroxysme, l'accès céda. Une seule pilule avait été prise le matin.

Ce mode de traitement cadrait mieux avec ses habitudes; aussi M. V. le suivit avec plus d'exactitude. Il est arrivé ainsi et assez rapidement, m'a-t-il dit, à pouvoir enrayer ses accès à l'aide d'une ou deux pilules. Il est même convaincu qu'en se bornant à combattre les accès, il agit sur la maladie, puisque, pendant les six derniers mois de l'année, il n'a éprouvé aucun accident, malgré les occupations nombreuses qui l'ont assiégé.

Le résultat contraire observé chez la malade, sujet de ma première observation, m'engage à émettre un doute quant à la durée de cette amélioration.

Enfin, j'espérais pouvoir mettre aujourd'hui sous vos yeux le récit de l'histoire d'un de nos confrères, médecin des plus distingués de nos hôpitaux, guéri depuis plusieurs années par la même formule de traitement. Vous me permettrez d'attendre la publication de cette observation pour vous présenter un résumé des indications spéciales de ce traitement curatif de la migraine. DEBOUT.

Expériences a l'appui de l'innocuité de l'amylène et de la valeur anesthésique du nouvel agent. — La pratique de l'anesthésie est un fait acquis à la science et si bien vulgarisé qu'il n'est plus possible aux chirurgiens d'en refuser les bénéfices aux malades qui doivent subir une opération longue ou douloureuse. Les dangers de l'un des deux agents consacrés par l'expérience, tout éventuels qu'ils soient, ont conduit tous les auteurs qui se sont occupés de la question à formuler un *desideratum*; celui de trouver un agent d'une puissance intermédiaire entre l'éther et le chloroforme. L'*amylène*, dont M. Snow a découvert le premier les effets anesthésiques, est-il destiné à réaliser ce progrès ? Telle est la question importante qui s'agite. Désireux de concourir à sa solution, nous avons entrepris une série d'expériences sur les animaux, dans le but de fixer tout d'abord le degré d'innocuité de l'amylène.

M. Tourdes, dans une note adressée à l'Académie, aborde également l'étude de ce point. « L'innocuité de l'amylène, dit-il, résulte des faits suivants : on peut anesthésier le même animal un grand nombre de fois, sans que la vie soit compromise; le rétablissement est rapide après les épreuves les plus multipliées. On peut épuiser sur un animal, dont la tête est enfermée dans une poche en caoutchouc, les effets de 2, 4 et 6 grammes d'amylène et aller même au delà; l'animal dort tant que l'anesthésique est en quantité suffisante; il revient complétement à lui, malgré les conditions défavorables où il est placé. — Avec le chloroforme, dans des conditions semblables, la mort est infaillible; qu'on laisse l'appareil une ou deux minutes après que la stupeur est complète, l'animal a cessé d'exister. L'éther a présenté des effets analogues à ceux de l'amylène; dans un cas cependant où la quantité d'éther était considérable, l'animal a succombé. L'amylène était évidemment beaucoup moins dangereux que le chloroforme, peut-être même que l'éther. » Nos expériences fournissent une preuve nouvelle à l'appui de l'assertion du savant professeur de Strasbourg.

Si, dans plusieurs bocaux cubant chacun deux litres d'air, on place des animaux très-sensibles à l'action des anesthésiques, des passereaux, par exemple, on se convaincra qu'il suffit de verser deux gouttes de chloroforme dans l'un d'eux pour anesthésier l'oiseau qu'il renferme. Que dans un second bocal on porte la dose à 5 gouttes, l'animal est foudroyé. Lorsqu'on répète le même essai avec l'amylène, on obtient l'insensibilité avec 10 gouttes. En élevant la quantité à

50 gouttes (1 gramme 35), l'animal revient encore à lui, pourvu qu'on ne prolonge pas son séjour dans l'atmosphère amylique plus d'une minute. Un résultat identique est obtenu avec l'amylène de Londres (1) et celui de Paris. Soumis à la même quantité d'éther et pendant le même laps de temps, l'oiseau succombe.

Ces expériences répétées un grand nombre de fois, avec la collaboration de M. Duroy, nous ont fait voir que : s'il suffit de *doubler* la quantité du chloroforme pour transformer la dose *anesthésique* de cet agent en dose *toxique*, il faut *quadrupler* celle de l'éther et *quintupler* celle de l'amylène pour arriver au même résultat. Il ressort de ces faits que l'innocuité du nouvel agent est plus grande encore que celle de l'éther sulfurique.

La lecture des quelques observations que nous insérons plus loin prouvera que l'amylène l'emporte sur l'éther au point de vue de la rapidité de l'action. Tout restreint que soit encore le nombre de nos expérimentations, la variété d'âge, de constitution, de sexe, etc., des sujets que nous avons soumis aux inhalations des vapeurs d'amylène, nous permettent d'essayer de tracer un parallèle entre les effets du nouvel agent et ceux de l'éther et du chloroforme. Cette étude aura pour résultat de mieux marquer la valeur de la découverte de M. Snow.

Les vapeurs du nouvel agent, malgré l'odeur peu agréable du produit, sont parfaitement tolérées : point de toux, de sentiment de malaise, qui portent les malades à se soustraire à leur influence. Ce phénomène est dû au peu d'irritation produite par le contact des vapeurs d'amylène avec les muqueuses buccale et bronchique ; aussi aucune sécrétion de salive, qui force quelquefois d'interrompre les inhalations pratiquées avec le chloroforme ou l'éther, pour permettre au malade de se débarrasser des liquides accumulés dans la bouche ; aucune sensation de picotement ressentie dans la gorge et la poitrine, ce qui rend compte de l'absence de toux. Quelques nausées sont le seul inconvénient qu'il partage avec les deux agents acceptés par la pratique. Deux de nos opérés qui avaient été anesthésiés antérieurement au moyen du chloroforme se sont prononcés en faveur de l'amylène ; ils justifiaient cette préférence par l'absence de céphalalgie au réveil et la conservation de leur appétit. Tous les malades endormis par les vapeurs d'amylène réclament à manger quelques heures après l'opération.

(1) M. Snow a eu l'obligeance de m'adresser un échantillon de l'amylène qu'il emploie, afin que je pusse m'assurer si nous expérimentions avec des produits chimiques identiques.

La volatilité de l'amylène commande l'usage d'un appareil; l'embout doit couvrir le nez et la bouche, afin d'assurer la rapidité d'action de l'agent. M. Charrière a fait subir au modèle qu'il a inventé pour les inhalations du chloroforme les modifications réclamées par les conditions chimiques différentes du nouvel agent.

L'amylène agit plus promptement que l'éther. Deux minutes ont souvent suffi pour rendre des adultes insensibles; ce résultat s'observe lorsque les malades ne sont nullement préoccupés de l'opération qu'ils vont subir, et qu'ils respirent largement. C'est principalement en ce qui concerne la rapidité de l'action anesthésique de l'amylène qu'on peut accepter l'assertion de M. Snow et classer le nouvel agent entre l'éther et le chloroforme.

Le temps nécessaire à la production de l'insensibilité au moyen de l'amylène se renferme ordinairement dans les limites de deux à six minutes. Lorsque l'inhalation se prolonge au delà, cette lenteur dans l'action tient le plus souvent à l'émotion des malades, à leur préoccupation des manœuvres opératoires auxquelles ils vont être soumis. Chez un vieillard pusillanime, il ne nous a pas fallu moins d'une demi-heure, et encore l'anesthésie n'a pas été complète pendant toute la durée de l'opération. Nous rapportons plus loin ce fait.

L'excitation qui marque le premier temps de l'anesthésie est moins prononcée avec l'amylène que lorsqu'on emploie le chloroforme et surtout l'éther. Elle est supprimée dans les neuf dixièmes des cas, et lorsqu'elle se montre, la stimulation est des plus faibles et d'une courte durée.

La durée de l'anesthésie provoquée par les vapeurs de l'amylène est très-courte; une minute s'écoule à peine à partir du moment où l'appareil est enlevé, que les effets disparaissent. Si l'opération doit être douloureuse, il est donc indispensable, pour maintenir l'insensibilité du malade, de lui faire respirer des vapeurs amyliques pendant toute la durée des manœuvres opératoires. Lorsque le sommeil paraît profond, on peut rendre l'inhalation intermittente, mais on ne doit laisser qu'un faible intervalle entre la cessation et la reprise des inhalations.

L'insensibilité produite par l'amylène est moins profonde que celle déterminée par le chloroforme. On observe assez souvent des mouvements réflexes, signes d'une anesthésie incomplète. Cependant, dans tous les cas, on arrive à éteindre la sensibilité.

L'intelligence semble se maintenir et les malades, alors qu'ils n'ont pas eu conscience des temps douloureux de l'opération, conservent

le souvenir des faits qui se sont produits au début de leur anesthésie.

L'état moral des opérés n'est pas moins remarquable ; à leur réveil et le premier moment de stupeur passé, leur physionomie est épanouie. Nous ne leur avons jamais vu éprouver cette exaltation que provoquent si fréquemment les inhalations d'éther, ni cette explosion de sentiments expansifs qui rappelle celle de l'ivresse alcoolique.

Pendant l'anesthésie par l'amylène, alors que l'insensibilité est la plus complète, le pouls reste large, plein et très-fréquent, les mouvements respiratoires amples, la peau chaude, signes qui dénotent que la puissance du nouvel agent atteint peu l'action de la vie organique.

Si à ces phénomènes on ajoute que le maximum d'action correspond à la dernière inspiration des vapeurs, et qu'il suffit d'en suspendre l'emploi pendant une minute pour voir le malade revenir à lui, on demeurera convaincu que si l'action de l'amylène est plus prompte que celle de l'éther, la diminution des phénomènes anesthésiques est également plus rapide.

Quant aux dangers du nouvel agent, car toute action médicamenteuse en offre par elle-même, et surtout en face de certaines idiosyncrasies, ceux qu'on peut prévoir doivent lui être communs avec l'éther, c'est-à-dire l'asphyxie et la syncope.

Voici maintenant quelques observations à l'appui de ces propositions.

Ablation de la matrice de l'ongle du médius de la main droite ; cautérisation au feu rouge. — Anesthésie obtenue par l'amylène en quatre minutes. — Debenne (Désiré), serrurier, entre à l'hôpital Beaujon, le 3 mars 1857. D'un tempérament sec et nerveux, cet homme fut atteint, il y a six semaines, d'une tourniole qu'il ne sait à quelle cause rapporter, peut-être à quelque pincement du doigt, accident fréquent dans sa profession. Venu à la consultation il y a environ trois semaines, l'ongle fut enlevé, à l'exception de la portion comprise dans la matrice. A dater de cette époque, le malade voit se développer à l'extrémité dorsale du doigt une plaie saignante et fongueuse, siége d'élancements peu douloureux et n'ayant, du reste, aucune tendance à la cicatrisation. Aujourd'hui nous constatons l'état suivant : l'extrémité du doigt, dans toute la partie correspondante à la dernière phalange, est élargie de manière que le doigt présente dans son ensemble une forme semblable à celle d'une

spatule. A la place de l'ongle existe une ulcération de forme elliptique, à surface granulée, fongueuse, saignante au moindre contact. Les bords qui entourent cette ulcération sont boursouflés, d'un rouge livide, surtout au niveau de la racine de l'ongle. En soulevant le bord postérieur de la plaie, on aperçoit la base de l'ongle occupant toute la matrice ungéale ulcérée. M. Robert se décide à enlever les parties affectées et à cautériser au fer rouge toutes les surfaces ulcérées. Cette petite opération devant être fort douloureuse, le malade est endormi.

Pour obtenir l'anesthésie, M. Debout emploie l'amylène préparé par M. Berthé. Le malade étant dans la position horizontale, on lui applique sur le nez et la bouche le pavillon de l'appareil Charrière, dans lequel on a versé environ 15 grammes d'amylène, et on lui recommande de respirer largement. Après quelques inspirations, la face se congestionne un peu, le pouls s'accélère d'une manière notable, les pupilles sont légèrement dilatées; le malade ne dit rien et n'accuse aucune sensation désagréable. Une seconde dose de liquide, à peu près égale à la première, est versée dans l'appareil, et bientôt l'insensibilité est obtenue, sans secousses, sans contractions musculaires, aussi paisiblement que possible. La quantité d'amylène employée peut être évaluée à 30 grammes; 4 minutes ont suffi pour obtenir l'anesthésie.

M. Robert procède alors à l'opération. Une incision antéro-postérieure d'un demi-centimètre est pratiquée avec des ciseaux pour faciliter l'excision de la matrice de l'ongle. Celui-ci est arrachée par les doigts du chirurgien, puis deux fers rouges sont successivement éteints sur la surface saignante. Pendant la durée de cette opération peu longue, le malade continue à respirer des vapeurs d'amylène et ne manifeste aucune douleur, ni par des plaintes ni par des mouvements. L'appareil à inhalation enlevé, l'opéré reprend presque immédiatement connaissance et nous raconte de lui-même que l'année dernière il a été endormi à l'hôpital Saint-Louis par le chloroforme pour une opération pratiquée sur l'index gauche écrasé par un engrenage, et qu'à la suite de ce sommeil il a conservé pendant trois jours de la céphalalgie et un malaise général.

Quelques minutes après l'opération, Debenne se sent mal à l'aise, il éprouve quelques contractions musculaires; pas de nausées; le pouls bat à 120 pulsations. Il attribue cet état au besoin d'air frais; en effet, le cabinet dans lequel il est couché est assez étroit et encore rempli de vapeurs d'amylène. Ce sentiment de malaise disparaît en quelques instants dès qu'on a ouvert la fenêtre.

Deux heures après nous revoyons Debenne qui est remis depuis longtemps de son malaise; il n'a pas de mal de tête et réclame un bouillon. Nous l'interrogeons sur les sensations qu'il a eues pendant son inhalation. Le malade, qui paraît fort intelligent, nous répond en comparant ce qu'il a éprouvé aujourd'hui à ce qu'il a éprouvé l'an dernier sous l'influence du chloroforme. La respiration des vapeurs d'amylène n'est pas désagréable, dit-il, et n'occasionne pas de picotement à la gorge et de sécrétion de salive comme le chloroforme. Le rêve est plus gai; ainsi il avait assisté à une noce à Passy et y était allé sur le chemin de fer américain. Il croyait avoir parlé pendant toute la durée de son sommeil, et cependant il n'a pas proféré une parole. Il a entendu une partie de la conversation qui avait lieu et se rappelle parfaitement que M. Debout faisait remarquer à M. Robert que, par instants, il avait les yeux ouverts. Le sommeil s'était manifesté brusquement; il avait été beaucoup plus tranquille et accompagné de moins d'anxiété que lorsqu'il avait été endormi par le chloroforme, mais l'anesthésie avait été moins complète. Toutes les fois que M. Robert lui touchait le doigt, il avait éprouvé non des douleurs, mais des secousses assez désagréables. L'absence de la céphalalgie et la persistance de l'appétit lui paraissent les deux faits principaux à signaler au profit du nouvel agent.

Désarticulation de la dernière phalange de l'index; résection de l'extrémité de la deuxième phalange. — Anesthésie par l'amylène en deux minutes. — Homme de trente-cinq ans, fort et vigoureux, qui à la suite d'une piqûre d'arête de poisson, a été affecté d'un panaris siégeant à la face palmaire du doigt. L'inflammation occupe les téguments, l'extrémité inférieure de la gaîne tendineuse du fléchisseur, et même les surfaces articulaires, qui sont mobiles et font entendre un bruit de crépitation lorsqu'on leur imprime des mouvements. M. Robert, après avoir taillé un lambeau ovalaire, désarticule la dernière phalange, et trouvant alors la tête du second os malade, il le résèque à l'aide d'un sécateur.

Pour cette opération, le malade a été soumis par M. Debout aux inhalations d'amylène. L'anesthésie a été obtenue au bout de deux minutes et a été prolongée pendant toute la durée de l'opération. Pendant ce temps, le malade est resté plongé dans un sommeil profond, qui est survenu sans secousses et sans agitation. Aussitôt que l'appareil a été appliqué sur sa bouche, le malade a respiré largement et s'est endormi tranquillement, comme le ferait un homme

fatigué. Nous notons seulement une accélération du pouls, qui, de 72, s'est élevé à 90 pulsations.

Après l'opération et aussitôt l'appareil enlevé, le malade s'est réveillé. Il ne paraît pas d'abord se rendre compte de ce qui se passe autour de lui. Cet état d'étonnement, qui a existé chez presque tous nos malades dont l'anesthésie a été complète, dure très-peu et se dissipe complétement en moins de deux minutes. Interrogé sur ce qu'il a éprouvé, cet homme nous répond qu'il a dormi d'un profond sommeil, seulement qu'il a eu vaguement conscience de la première incision; il se rappelle à ce moment avoir serré les dents; mais aussitôt il s'est endormi et n'a plus rien senti. Une heure après nous pansons la plaie; le malade nous dit n'éprouver aucune douleur et que lorsque l'on touche son doigt il n'éprouve plus les souffrances qu'il ressentait avant l'opération. La quantité d'amylène employée a été d'environ 25 grammes.

Phlegmon de la main.—Incisions. — Anesthésie avec l'amylène en deux minutes. — Nicolas Morbaux, trente-cinq ans, d'une constitution robuste, est admis à l'hôpital Beaujon pour une phlegmon suppuré de la main droite. Le 6 mars, M. Robert, avant d'ouvrir le phlegmon, propose à M. Debout de soumettre le malade aux inhalations d'amylène. Le malade ne témoigne aucun dégoût, il respire largement et régulièrement, en moins de deux minutes il est insensible et à une piqûre d'épingle et au pincement de la peau. — Le pouls s'est accéléré, mais d'une façon moins notable que dans la plupart des autres expériences. Aucune contraction, aucun signe d'agitation ne s'est manifesté. — L'opération consiste en une large incision comprenant toute l'éminence thénar et en une seconde incision contenant la base de l'ongle. Le malade reste complétement immobile et ne trahit aucune souffrance pendant cette double action du bistouri. On suspend l'inhalation au bout de trois minutes et demi. Environ une demi-minute après le malade se réveille à demi, il est comme hébété, le regard est incertain. Il répond très-nettement pourtant aux questions qu'on lui adresse et prétend qu'il a parfaitement senti ce qu'on lui a fait. Mais tout à coup, et après une seconde minute, tout sentiment de stupeur a disparu; il aperçoit sa main et ne peut retenir une marque de surprise en voyant deux incisions d'où le sang coule. — Aucune agitation, aucun malaise ne se font sentir après l'opération. Le pouls ne tarde pas à reprendre son rhythme normal. — Le malade dort pendant presque toute la journée. — Interrogé le soir, il dit qu'il n'a absolument rien senti,

que pendant son sommeil il avait rêvé de sujets agréables. Comme les autres opérés, il a réclamé à manger.

Calculs prostatiques. — Opération de taille. — Anesthésie par l'amylène. — Trois quarts d'heure de durée des inhalations.—Boucher (Jean), soixante-deux ans, de constitution débile, est entré dans le service pour y être traité de calculs dans la prostate, dont l'existence provoque une incontinence d'urine, etc.

M. Robert procède à leur extraction le 6 mars. Le malade, homme d'un caractère irrésolu et pusillanime, demande avec instance à être endormi. On a recours aux vapeurs d'amylène. L'anesthésie ne peut être obtenue qu'au bout d'une demi-heure. Vivement impressionné et en proie à une profonde terreur, le malade ne respire que très-imparfaitement, malgré les recommandations qu'on lui adresse; il faut sans cesse lui répéter qu'on ne commencera pas l'opération avant qu'il soit insensible.

Pendant ce laps de temps aucun phénomène important ne se produit, si ce n'est une accélération du pouls. Les vapeurs d'amylène ne paraissent pas l'impressionner d'une façon désagréable et ne déterminent pas de toux. L'anesthésie obtenue, M. Robert procède à l'opération et les inhalations sont continuées.

Pendant la première moitié des manœuvres opératoires, le malade ne fait pas un mouvement, mais l'inhalation étant suspendue un instant pour verser du liquide dans l'appareil, et cet instant s'étant prolongé, la sensibilité reparaît et l'action des vapeurs anesthésiques ne manifeste plus sa puissance première, le malade s'agite, pousse quelques plaintes, en même temps apparaissent quelques contractions dans les muscles des cuisses.

L'opération terminée, on cesse les inhalations, qui ont duré trois quarts d'heure, et ont consommé environ 35 grammes d'amylène. Le malade reprend presque immédiatement toute sa connaissance; il dit n'avoir pas senti l'incision faite au périnée par le bistouri, mais qu'il a eu conscience de l'enlèvement des calculs, sans cependant en éprouver une grande douleur. Cette sensation, du reste, n'est pas bien nette, car il demande avec anxiété à être débarrassé de ses calculs, et M. Robert est forcé de plonger le doigt dans la plaie, pour lui prouver que l'opération est terminée.

Pendant une heure environ le malade a senti son haleine exhaler une légère odeur d'amylène. Il a éprouvé une très-légère céphalalgie pendant une demi-heure. Pas de nausées, pas d'empâtement de la bouche. Le soir, il demande à manger du potage.

Depuis l'opération, Boucher va très-bien, la fièvre qui existait avant l'extraction des calculs a complétement cessé. La longue durée des inhalations n'a eu d'autre suite que la production des phénomènes qui se sont manifestés immédiatement après l'opération. (*Observations recueillies par MM. Bernaudot et Dayo, internes du service*).

L'état moral du malade et son état chétif nous ont commandé une grande réserve, et nous n'avons pas hésité à sacrifier le *tutò* au *citò* et même au *jucundè*.

Cette longue durée des inhalations est exceptionnelle, et pour en fournir la preuve, nous allons rapporter les résultats de nos onze autres *amylénations*.

2	cas anesthésie en	1 minute	1/2.		Hommes de	25 et 28 ans.
3	cas	— 2 —			—	18, 34 et 35 ans.
2	cas	— 3 —			—	35, fille de 13 ans.
2	cas	— 4 —			—	23, fille de 23 ans.
1	cas	— 4 —	1/2			fem. de 30 ans.
1	cas	— 6 —				fille de 13 ans.

Cette rapidité d'action est due exclusivement à l'usage d'un appareil, puisque, dans les deux observations publiées par M. Tourdes, on voit l'anesthésie se produire à l'aide d'une éponge fixée au fond d'un cornet, dans un temps plus considérable. Une seconde circonstance qui offre son degré d'importance, aujourd'hui que l'on se procure difficilement de l'amylène et que son prix est encore assez élevé, est l'économie. On a vu que pendant les trois quarts d'heure qu'ont duré les inhalations chez le malade de notre dernière observation, nous avons, à l'aide de l'appareil, dépensé seulement 35 grammes, tandis que M. le professeur Rigaud en a consommé 100 grammes en quinze ou vingt minutes. L'emploi de l'appareil prévient encore la diffusion des vapeurs anesthésiques dans la chambre du malade, et s'oppose ainsi à ce qu'elles incommodent les assistants. Nous signalons ces faits parce que la pratique vit de détails, et que la nouvelle substance est destinée, suivant toute probabilité, à prendre rang parmi les agents anesthésiques utiles. D.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Arsenic (*Sur la paraplégie causée par l'*). L'arsenic comme le plomb cause des paralysies : on ne le sait pas assez généralement ; et, par conséquent, il importe de connaître les caractères qui appartiennent à cette espèce particulière de paralysie métallique. M. Raoul Leroy d'Etiolles a donc fait une chose utile en rassemblant les faits épars dans les auteurs

et les journaux pour en tirer la description de cette paralysie, bien signalée, du reste, en Angleterre et en Allemagne. Tout en affaiblissant plus particulièrement les membres inférieurs, elle a de la tendance à se généraliser, et s'étend le plus souvent aux quatre membres : les membres supérieurs, moins gravement frappés, recouvrent d'abord le mouvement, et la paraplégie, bien limitée, persiste seule un temps très-variable. La durée de cette paralysie est longue et peut varier de quelques mois à des années. Se manifestant après des empoisonnements par les préparations arsénicales, elle peut être circonscrite à des empoisonnements résultant de l'ingestion de ces préparations ou d'applications caustiques faites sur les parties malades. Si l'empoisonnement est violent, elle suit de très-près les accidents gastro-intestinaux; dans le cas contraire, elle peut ne survenir qu'à des époques variées, quinze jours, un mois. Cette paralysie est accompagnée de crampes, de secousses douloureuses, d'engourdissements, de fourmillements; la sensibilité est presque toujours affaiblie, et la caloricité est abaissée en même temps que les malades éprouvent dans les membres une sensation de froid. La paralysie est souvent complète; mais elle peut aussi avoir respecté un certain nombre de mouvements ou ne consister qu'en de l'affaiblissement. Seulement nous devons relever quelques erreurs commises par M. Leroy dans sa comparaison de la paralysie saturnine et de la paralysie arsénicale. Notre jeune confrère a tort de croire que la sensibilité est conservée dans l'intoxication saturnine, elle est souvent plus affaiblie que dans l'arsenicale, et ces deux paralysies ne se distinguent pas seulement par leur siége de prédilection, mais aussi par la perte de la contractilité électro-musculaire, qui appartient en propre à la paralysie saturnine. Quant au traitement, le fait de Thilenius, que M. Leroy a retrouvé, est très-intéressant, puisque l'électrisation quotidienne faite par secousses légères et répétées a fini par rendre au membre le mouvement et la transpiration, et ce fait prouve qu'on obtiendrait peut être quelque chose de l'électricité si on poussait davantage dans son emploi. D'un autre côté cependant, le fait que M. Leroy emprunte à M. Aran est bien favorable à l'emploi des bains et douches sulfureuses naturelles, puisque le malade après un séjour à Baréges (et non à Bagnères de Luchon), après quarante-trois bains et douches sulfureuses, a été très-bien guéri et se porte aujourd'hui parfaitement. Peut-être faut-il aussi ne pas négliger l'élimination du poison, et à cet égard, le fait de Thilenius semble être allé au-devant des événements, puisque, dès la fin du dernier siècle, ce médecin distingué avait employé de véritables éliminateurs, le foie de soufre, les diurétiques, les diaphorétiques, etc. Rien ne prouve mieux, soit dit en passant, combien il y a peu de choses nouvelles; mais il y a toujours du mérite à les retrouver quand elles sont perdues depuis longtemps. (*Gaz. hebd. de méd.*, février.)

Chlorate de potasse *employé avec succès pour combattre une sialorrhée produite par l'ammoniaque.* On connaît assez les propriétés du chlorate de potasse et les services nombreux que cet agent a rendus depuis sa réintroduction dans la matière médicale, pour que nous n'eussions pas besoin d'y insister de nouveau, s'il ne s'agissait d'un cas d'application de cette substance à un accident morbide de la bouche dû à une cause tout à fait exceptionnelle. Voici le fait, très-curieux par lui-même, indépendamment de cette circonstance, que rapporte M. le docteur Fonssagrives, médecin en chef de la marine au port de Cherbourg.

Un matelot, âgé de cinquante-six ans, avale 30 grammes environ d'ammoniaque caustique dans le but, avoué plus tard, de se suicider. Il survint presque aussitôt un vomissement composé exclusivement de mucosités sanguinolentes. De l'émétique appliqué aussitôt, sur le lieu même de l'accident, provoqua encore le rejet de mucosités teintes de sang. A son entrée à l'hôpital, des neutralisants acides et notamment de l'eau vinaigrée avaient été donnés en assez grande abondance. Lorsque M. Fonssagrives vit le malade, cinq heures après l'ingestion du poison, la face était pâle, le pouls lent et irrégulier, la peau froide; il existait de l'oppression avec toux sonore humide, du râle trachéal tenant à l'agitation des mucosités épaisses du pharynx par le courant respiratoire. Les lèvres, la muqueuse buccale et la langue étaient d'une rougeur scarlatiniforme, la voûte palatine surtout était fortement injectée. Absence de selles et d'urines; douleur vive à l'épigastre, augmentant par la pression.

Le danger dans ce cas paraissant résider dans l'entrave que le gonflement inflammatoire de l'orifice supérieur du larynx pouvait opposer au passage de l'air, M. Fonssagrives prescrivit immédiatement de larges émissions sanguines, générales et locales, décidé, si la suffocation faisait de nouveaux progrès, à recourir à la trachéotomie. Les accidents restèrent à peu près stationnaires dans la journée. Le soir, le malade commença à expectorer des crachats filants très-copieux et mélangés d'un peu de sang. Le lendemain, cette sécrétion de mucosités et de salive devint si abondante que le malade était obligé de se tenir constamment penché sur un bassin pour n'être pas suffoqué.

Les deux jours suivants l'état du malade ne se modifiant pas, sauf la fièvre, qui était tombée, mais l'oppression persistant toujours et la sialorrhée ne fournissant pas moins de 3 litres de liquide par vingt-quatre heures, ce qui compromettait gravement la nutrition, M. Fonssagrives eut la pensée d'essayer l'action du chlorate de potasse à la dose de 2 grammes par jour en potion. Le résultat, dit-il, tint du merveilleux. Dès le lendemain, le flux des mucosités était diminué de moitié; les jours suivants, il devint de moins en moins abondant, et le cinquième jour il était réduit à une quantité insignifiante. Le vingtième jour de l'accident le malade était dans un état très-satisfaisant, le sommeil était revenu, l'oppression réduite à rien, et sauf un certain degré de dysphagie, qui gênait encore la déglutition des aliments solides, il ne restait presque plus trace de l'accident. (*Union médicale*, janvier 1857.)

Corps étranger. *Extraction, à l'aide d'un nouvel instrument, d'une pièce de cinq francs engagée depuis trois jours dans l'œsophage.* Nous avons signalé déjà des cas nombreux d'extraction de pièce de monnaie de l'œsophage, à l'aide du crochet à bascule de Græffe. Voici un nouveau fait analogue rapporté par M. le docteur Kuhn, et qui montre qu'on peut obtenir un résultat tout aussi heureux avec un instrument beaucoup plus simple encore, et que tout chirurgien appelé inopinément à remédier à un semblable accident peut trouver ou improviser partout.

Un jeune homme de vingt-un ans ayant avalé par mégarde une pièce de 5 francs, qu'on avait immédiatement cherché, mais en vain, à faire expulser par le vomissement, était depuis trois jours en proie à de grandes souffrances et à de vives inquiétudes, lorsqu'il se présenta chez M. le docteur Kuhn, de Niederbronn, pour se soumettre, d'après les avis qui lui avaient été donnés, à l'opération de l'œsophagotomie. Cet habile praticien, avant d'en venir à l'instrument tranchant, jugea opportun de faire de nouvelles tentatives d'extraction. Il y procéda de la manière suivante :

Il prit un fil de fer de 1 millimètre environ d'épaisseur et long de 6 à 7 décimètres. Après l'avoir débarrassé par frottement de toutes les petites aspérités qui s'y trouvaient, il le plia par son milieu de manière à former une anse de 16 à 20 millimètres de diamètre transversal. L'anse étant bien arrondie, et les extrémités des deux branches étant fixées l'une à l'autre, à l'aide d'une ficelle préalablement cirée, il fit de son instrument une sorte d'agrafe ou de crochet mousse en repliant le bout de l'anse avec des pinces. Le crochet, dont toutes les courbes étaient convenablement arrondies, présentait exactement les dimensions voulues pour saisir et retenir une pièce de 5 francs. L'instrument entier avait de 30 à 35 centimètres. Pour en faciliter l'intoduction dans l'œsophage, il lui donna une certaine courbure. Selon que cette courbure était faite dans un sens ou dans l'autre, l'ouverture du crochet se trouvait tantôt à la face convexe et tantôt à la face concave de l'instrument. Cette disposition à deux fins était ici une condition essentielle; comme le crochet pouvait glisser devant ou derrière la pièce d'argent et présenter à celle-ci, soit l'ouverture, soit le dos, il devenait important, après une première tentative faite à faux, de pouvoir immédiatement retourner le crochet en portant la courbure en sens inverse, afin de présenter le côté ouvert à la pièce métallique.

L'appareil étant ainsi préparé, M. Kuhn fit asseoir le jeune homme et introduisit l'instrument avec le crochet ouvert à la face concave. L'instrument descendit facilement dans l'œsophage, glissa sur la face antérieure de la pièce d'argent et la dépassa d'une certaine étendue; mais il fut ramené à vide, parce que le crochet avait présenté le dos au corps étranger. L'opérateur courba alors les deux branches de l'instrument en sens inverse, c'est-à-dire de manière à faire paraître le crochet à la face convexe, et, après

une seconde introduction de l'instrument, il retira, non sans un certain effort de traction, la pièce de 5 fr. qui, par son long séjour dans le conduit œsophagien, était comme fraîchement décapée. Le jeune homme, très-vite rétabli, n'éprouva pas le moindre accident consécutif. (*Gaz. médicale*, février 1857.)

Exanthèmes syphilitiques (*Sur les diverses espèces d'*) *et sur leur traitement*. On sait généralement que des formes nombreuses que peuvent revêtir les manifestations cutanées de la syphilis, la forme maculeuse, la roséole, est à peu près constamment la première qui apparaît; mais ce que l'on sait moins généralement, c'est que si les formes papuleuses, tuberculeuses, squameuses, croûteuses lui succèdent, c'est encore la forme maculeuse qui survit la dernière, alors que toutes les autres ont pu disparaître seules ou sous l'influence d'un traitement. Un jeune médecin, M. Pillon, a donc rendu un véritable service en rectifiant des idées trop généralement reçues sur la progression croissante des dermatoses des plus superficielles aux plus profondes et en signalant de plus les formes particulières qu'affecte l'exanthème tardif. Cet exanthème se montre en effet sous forme de taches d'un gris très-marqué, à teinte ocreuse ou café au lait, sans saillies à la surface de la peau et ne s'accompagnant qu'en quelques cas seulement d'une très-légère et très-fine desquamation furfuracée; à forme souvent arrondie, disposées à côté les unes des autres, se reliant quelquefois entre elles, mais sans jamais devenir confluentes au point de recouvrir complétement une surface de quelque étendue; ayant pour siége de prédilection le cou, la poitrine, quelquefois la face, plus souvent le front, rarement le tronc et les muscles, ne s'accompagnant d'aucun symptôme local, démangeaisons ou prurit. Dans une variété particulière de cet exanthème qui a pour siége le cou, sur la peau si blanche et si fine de cette partie du corps se dessinent des marbrures liées les unes aux autres, circonscrivant des espaces sains, dont elles font ressortir assez vivement la blancheur pour faire croire d'abord à un vitiligo, marbrures sans saillies, ocrées, de couleur café au lait, à bords inégaux et mal délimités, se fondant graduellement avec les espaces intermédiaires sains, se confondant dans d'autres points et formant une espèce de réseau, entourant enfin presque constamment la totalité du cou, pour l'enfermer dans un collier complet. Quant au traitement pour la roséole précoce, M. Pillon n'en admet pas d'autre que le traitement général, bien que les bains alcalins fréquemment répétés, et surtout les fumigations cinabrées, paraissent aider puissamment à leur disparition, en la rendant plus rapide. En revanche, la thérapeutique paraît d'une efficacité assez douteuse dans l'exanthème tardif. Obéissant comme tous les exanthèmes à la loi commune de subir les vicissitudes de la maladie générale, s'accusant quand celle-ci prend le dessus, s'éteignant quand elle est combattue avec succès, l'exanthème tardif, comme ses pareils, ne reconnaît guère l'autorité d'un traitement direct et lui reste le plus souvent réfractaire. Tous les topiques, teinture d'ellébore blanc, lotions acidules, pommades alcalines, douches sulfureuses, dont on dit tant de merveilles, ne sont cependant jamais suivis de bons résultats; aussi est-ce sur le traitement général seul qu'il faut compter, mais prolongé et avec de grandes précautions. Peut-être cependant les fumigations de cinabre ne seraient-elles pas inutiles en pareil cas. (*Thèses de Paris*, 1857.)

Hernie obturatrice *étranglée opérée avec succès* (*Obs. de*). La rareté des faits de ce genre, jointe aux difficultés que peuvent présenter des opérations dans cette région, nous impose le devoir de faire connaître l'observation suivante. Une femme de soixante-cinq ans, petite, maigre, chétive, en voulant soulever un objet pesant, ressentit dans la région de l'aine gauche une douleur qu'elle comparait à celle d'une rupture. Bientôt douleurs dans le ventre et nausées, puis constipation opiniâtre, et après quelques jours vomissements d'abord alimentaires, puis stercoraux. Le onzième jour de la maladie, teint pâle, expression de souffrance, joues creusées, yeux assez animés mais non excavés, réponses vives et promptes, langue un peu sèche, couverte d'un enduit blanc, soif modérée, envies incessantes de vomir; les vomissements succèdent constamment à des douleurs vives; constriction dans la région ombilicale; la malade rejette alors un liquide stercoral de couleur brune. Abdomen médiocrement ballonné, sensible au toucher, mais non douloureux, tympanique à la percussion;

douleurs très-vives du côté gauche, au-dessus du ligament de Poupart, près la symphise pubienne. Canal inguinal et canal crural parfaitement libres; mais en revanche, à la partie supérieure de la cuisse gauche, l'espace triangulaire compris entre le ligament de Poupart en haut, le long (moyen) adducteur en dedans et les vaisseaux cruraux en dehors, au lieu d'être déprimé comme à droite, était soulevé par une tumeur qui repoussait le muscle pectiné en avant; cette tumeur, du volume d'un œuf de poule, se prolongeait en haut dans le trou sous-pubien et descendait obliquement en dedans, vers le bord externe du long adducteur (moyen); elle était douloureuse à la pression, à parois assez souples et élastiques; pas de changement de couleur à la peau; son plein, profond, tympanique à la percussion. Au toucher vaginal, à la face postérieure du trou ovale, tumeur un peu tendue, douloureuse à la pression et qu'il est impossible de déplacer. Les mouvements imprimés à la cuisse développent dans la tumeur des douleurs vives, qui descendent le long de la face interne du muscle jusque vers le genou. Pouls médiocrement accéléré; peau chaude et moite.

Le diagnostic, facilité dans ce cas par l'émaciation de la malade, fut : hernie obturatrice avec perforation probable de l'intestin et épanchement des intestinaux dans le sac herniaire. Une opération était indispensable; M. Lorinser la pratiqua de la manière suivante : la malade fut placée horizontalement sur une table à opération, les membres inférieurs étendus, celui du côté gauche dans la rotation en dehors. Un pli fait à la peau qui recouvrait la tumeur fut traversé à la base et incisé de dedans en dehors. L'incision qui en résulta avait deux pouces d'étendue; elle commençait un demi-pouce en dehors de l'épine du pubis et se dirigeait obliquement en bas et en dedans. Le chirurgien divisa ensuite dans la même direction le tissu cellulaire sous-cutané et le fascia lata; les muscles pectinés et le long adducteur étant ainsi découverts, le premier fut divisé sur la sonde cannelée dans le sens de l'incision de la peau. Au-dessous de lui, on trouvé une couche celluleuse imbibée des produits d'exsudation et recouvrant le sac herniaire; celui-ci se déchirait facilement et avait une couleur brun foncé; il donna issue à un liquide en partie séreux, en partie purulent, exhalant une odeur fétide et mêlé de grumeaux de matières stercorales. Le doigt porté dans la cavité du sac reconnut qu'elle était bornée en haut par la membrane obturatrice, au bord supérieur de laquelle se trouvait l'intestin affaissé et retenu par des adhérences partielles; la base de la tumeur s'engageait dans une fente longitudinale de la membrane obturatrice. Le volume de l'organe hernié était celui d'une petite noix muscade. Derrière l'intestin, à l'angle inférieur de la fente, on crut sentir les battements de l'artère obturatrice. Jugeant que l'intestin était simplement pincé et que les matières intestinales trouvaient un écoulement facile, il ne débrida point, de crainte de détruire les adhérences récentes développées entre l'intestin et le trajet du canal obturateur, et de déterminer un épanchement de ces matières dans le péritoine. Lavages du sac à l'eau tiède, applications froides sur la plaie, lavements d'eau tiède toutes les demi-heures le premier jour, moins fréquents les jours suivants; la malade rendit de la sorte des matières fécales en assez grande abondance. Les accidents s'étaient calmés immédiatement après l'opération. L'écoulement par l'anus artificiel, très-abondant dans les premiers temps, diminue progressivement grâce aux bourgeons charnus; l'appétit revient bientôt et avec lui les forces de la malade. Au mois d'octobre, l'ouverture accidentelle admettait à peine la pointe d'une aiguille et ne fournissait que trois à quatre gouttes de liquide par jour. Guérison complète en novembre. — Nous ferons remarquer que cette observation, si intéressante qu'elle soit, ne résume pas la seule question litigieuse que soulève l'opération de la hernie obturatrice étranglée, à savoir dans quel sens doit être opéré le débridement pour ne point exposer à la lésion des vaisseaux obturateurs. La gravure que nous avons publiée, il y a quelques années (Voir *Bulletin de Thérap.*, t. XLIV, p. 561), montre cependant la justesse du conseil donné par la majorité des chirurgiens, de débrider en dedans et en bas. (*Wien. med. Wochensch.* et *Gaz. hebd.*, février.)

Hydarthrose (*Observation à l'appui de l'emploi de la ponction et de l'injection iodée dans le traitement de l'*). Bien que les faits de ce genre ne soient pas extrêmement rares, il nous semble utile de les multiplier, afin

de familiariser les chirurgiens avec l'idée de cette opération, et surtout afin d'arriver aussi exactement que possible à la détermination de circonstances précises qui paraissent l'indiquer. Un homme de dix-neuf ans, atteint d'une ancienne hydarthrose du genou gauche qui rendait la marche impossible, avait été traité sans succès, quoique par des moyens fort actifs. Le 10 décembre 1854, M. Joly plongea dans l'articulation un trocart à hydrocèle au-dessus du condyle interne du tibia, à travers un pli de la peau pour éviter l'entrée de l'air. Il sortit de 120 à 150 grammes de sérosité un peu visqueuse et synoviale. On injecta ensuite 90 gram. de teinture d'iode étendue de partie égale d'eau. (Repos, applications froides.) Il y eut une réaction inflammatoire très-modérée. Trois jours après, M. Joly s'aperçut que la collection liquide se reformait. Le 15, nouvelle injection d'iode; mêmes soins consécutifs. Depuis lors, l'hydarthrose a complétement disparu. Quinze jours après, le malade put quitter l'hôpital, ne conservant qu'un peu de roideur, effet de la longue immobilité. (*Journ. de méd. et chir. de Bruxelles.*)

Ophthalmies chroniques (*Examen comparatif entre le sulfate de zinc et le nitrate d'argent dans le traitement des*). Le sulfate de zinc et le nitrate d'argent, que l'on emploie trop souvent d'une manière banale et indifféremment l'un pour l'autre dans le traitement des ophthalmies chroniques, doivent non-seulement être distingués comme remplissant des indications différentes, suivant les divers degrés d'intensité et d'ancienneté de la maladie, mais il importe encore d'en préciser autant que possible les doses, qui sont un peu trop livrées à l'arbitraire de chaque praticien. C'est ce qu'a essayé de faire M. le docteur Posta, d'après l'expérience qu'il a acquise sur ce point de pratique. Voici les principes qu'il a établis et qui nous paraissent mériter d'être recommandés.

On peut et l'on doit employer le sulfate de zinc dans toute ophthalmie, aussitôt qu'elle a commencé à passer de l'état aigu à l'état chronique. La proportion du sel sera d'abord de 1 gramme sur 75 grammes de véhicule, composé de d'eau distillée et d'eau de laurier-cerise. Si la maladie ne cède pas, on passe à une proportion de 2 grammes de sel sur 100 grammes de véhicule.

Lorsqu'il s'ajoute à l'ophthalmie un léger degré de kératite chronique, avec un nuage de la cornée, le nitrate d'argent est le meilleur moyen de guérir. La formule de collyre est de 5 centigrammes de nitrate d'argent sur 30 grammes d'eau distillée.

Tous les ophthalmologistes, ajoute M. Posta, qui ont porté au delà la dose de nitrate d'argent, au lieu de guérir l'ophthalmie ou la kératite chronique, ont produit une nouvelle maladie qu'il considère soit comme une brûlure des petits vaisseaux de la conjonctive, soit comme une transsudation plastique entre les lames de la cornée, d'où résulte la cécité totale. (*Il Filiatre Sebezio* et *Gazette hebdomadaire*, janvier 1857.)

Paralysies *consécutives à l'action des vapeurs de charbon*. Tout le monde sait et depuis longtemps que la paralysie est un des effets assez communs de l'asphyxie, paralysie passagère le plus souvent, très-rarement persistante, et affectant presque toujours exclusivement les organes nerveux de la locomotion. Aujourd'hui il faut joindre aux phénomènes consécutifs de l'asphyxie une autre forme de paralysie, dans laquelle la motilité restant intacte, c'est exclusivement la sensibilité qui est éteinte. Cette anesthésie plus ou moins générale des asphyxiés a été signalée dans ces derniers temps par M. le docteur Faure, dans la série des recherches qu'il a publiées sur l'asphyxie. Une observation recueillie récemment dans le service de M. le professeur Grisolle à l'Hôtel-Dieu est venue confirmer les résultats des expériences de M. Faure, en montrant un exemple très-curieux d'anesthésie générale persistant à la suite d'une asphyxie.

Dans la soirée du 5 janvier dernier, le nommé F..., âgé d'environ cinquante ans, d'une constitution robuste, fut apporté à l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant : immobilité dans le décubitus dorsal; face pâle, sans expression, sans déviation des traits; persistance de l'état comateux, dont il est impossible de le tirer, soit par des questions qu'il ne paraît pas entendre, soit par de vives excitations portées sur la surface cutanée, qui paraît insensible; pouls fort, fréquent, mais régulier; signes de congestion pulmonaire; accélération des mouvements respiratoires, sonorité du thorax généralement obscurcie, faiblesse du murmure vésiculaire, sans aucun râle d'ailleurs.

(Saignée de 200 grammes; sinapismes énergiques; lavement purgatif.)

Le lendemain, le malade, quoique encore un peu somnolent, répond aux questions qu'on lui adresse. Il se plaint d'une céphalalgie intense, d'un trouble de la vue, de bourdonnements et de sifflements dans les oreilles. La respiration et le pouls étaient diminués de fréquence; la langue était à peu près naturelle; point de garde-robes, miction normale. Le symptôme le plus remarquable que présentait le malade à ce moment était une paralysie de la sensibilité générale occupant presque toute la surface du corps. Elle ne manquait qu'à la partie antérieure et supérieure de la poitrine, au cou, à la face et au cuir chevelu. Partout ailleurs, aux membres thoraciques, aux épaules, au dos, à la partie inférieure du tronc en avant et en arrière, aux membres abdominaux, il y avait anesthésie complète. Les excitations les plus énergiques étaient tout à fait sans effet; aucune douleur n'était accusée ni par des plaintes, ni par des mouvements, tandis que dans les autres régions, au contraire, les attouchements les plus légers étaient sentis. Quant à la mobilité, elle paraissait intacte; le malade pouvait se mouvoir dans son lit et imprimer des mouvements en tous sens à ses membres supérieurs et inférieurs.

Les jours suivants, il y avait de l'amélioration dans les autres symptômes, mais l'état de la sensibilité tactile était le même; toujours la même anesthésie occupant les mêmes régions et contrastant, d'une part, avec la conservation de la sensibilité dans la partie supérieure du tronc, le cou et la tête, et d'autre part avec l'intégrité de la motilité. Les attouchements rudes, les piqûres profondes, la torsion de la peau dans les régions dont la sensibilité est paralysée, ne réveillent aucune sensation; un coup fortement asséné sur les cuisses avec le poing ou le plat de la main donne lieu à une sensation équivalente à celle que produirait un attouchement simple dans l'état normal.

Le 10 janvier, les troubles de la vue et de l'ouïe, qui avaient persisté jusque-là, ont cessé. La lourdeur de tête et la céphalalgie sont moins intenses. La sensibilité paraît se rétablir un peu dans les parties anesthésiées; les piqûres et les torsions de la peau sont perçues; elles produisent non de la douleur, mais l'effet d'un palper ordinaire. Le malade commence à se lever, mais il éprouve encore de la faiblesse, de la courbature et un endolorissement général. Il marche, mais sans avoir le sentiment du contact de ses pieds avec le sol. Enfin, il a éprouvé la veille des fourmillements dans les épaules, les bras, le dos et les membres abdominaux.

Le 12, six jours après l'accident, les forces reviennent, l'endolorissement est à peu près disparu. Il reste toujours un peu de douleur de tête. L'anesthésie persiste, mais à un moindre degré. Le malade sort sur sa demande. Après les moyens mis en usage au début, il avait été mis pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital à l'usage du vin de quinquina pour tout traitement. (*Union médicale*, février 1857.)

Perchlorure de fer (*Accidents mortels produits par les injections concentrées de*). M. le docteur Venot, chirurgien en chef de l'hospice Saint-Jean, à Bordeaux, a publié dans l'Union médicale la relation d'un fait qui renferme un grave enseignement clinique. Il s'agit d'un accident mortel produit par l'injection de perchlorure de fer pour un cas de blennorrhée chronique. Ce fait est trop important pour que nous ne devions le rapporter avec quelques détails.

D..., homme de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, était porteur d'un suintement urétral, suite d'une blennorrhagie mal traitée, et dont l'invasion remontait à quinze mois. Consulté la première fois par lui, le 18 mai 1855, M. Vénot fit disparaître par des injections végétales et les pilules au ratanbia et au cubèbe cette goutte militaire, que des irrégularités de régime, des voyages, quelques excès ramenèrent deux ou trois fois, quoique, à chaque reprise, le traitement employé parût en avoir définitivement raison. Le 3 novembre, D... en était à sa quatrième récidive. L'intervalle, cette fois, avait été de quatre semaines. M. Vénot n'en avait plus entendu parler, lorsqu'il fut appelé en toute hâte auprès de lui. Il le trouva au lit, en proie à de poignantes douleurs hypogastriques, avec agitation, loquacité, rougeur des pommettes, liséré très-vif du bord libre des paupières, sécheresse de la langue, petitesse, fréquence et concentration du pouls, en un mot, avec tous les symptômes d'une extrême et sérieuse surexcitation. D... lui fit savoir alors que l'avant-veille il avait, d'après les

avis d'un pharmacien de ses amis, fait usage de trois injections avec une solution concentrée de perchlorure de fer, dans le but d'en finir une bonne fois avec son écoulement. Aux cuisantes douleurs, déterminées instantanément par ces injections, avait succédé une rétention presque complète des urines et une opiniâtre constipation. Depuis quarante-huit heures, D... n'avait eu ni garde-robe ni miction. Le bas-ventre était tuméfié et fort sensible au toucher, surtout au-dessus du pubis. M. Vénot pratiqua immédiatement le cathétérisme, et près d'un litre d'une urine fortement ammoniacale s'écoula; puis deux applications simultanées de sangsues furent faites au périnée et au pubis. Bain émollient après la chute des sangsues. Potion avec huile de ricin et sirop de tolu et de morphine. Embrocations camphrées et opiacées sur l'abdomen. Diète, petit-lait nitré.

Le soir il y avait un peu de calme; deux selles liquides.

Le 16 décembre matin, après une nuit assez bonne, la vessie était de nouveau remplie; les douleurs, l'anxiété avaient repris toute leur intensité; la face était contractée; des gaz nombreux s'échappaient par les deux voies; le pouls était à 97. (Cathétérisme, demi-bain; onctions sur l'abdomen avec l'huile de jusquiame camphrée. Injections dans la vessie avec la décoction de racine de guimauve et de têtes de pavot.)

Dans la soirée les accidents s'aggravent, les douleurs sont intolérables : éructations incessantes, hoquet, pâleur, sensibilité et tuméfaction de tout l'abdomen. Urine plus épaisse, plus rouge et plus rare que le matin. De violents besoins d'uriner se font sentir dans la nuit.

Le 17 au matin, le mal progresse, la prostration et la douleur alternent; celle-ci tourmente horriblement le malade. L'urine a une teinte rouge brun foncé; elle est entremêlée de flocons purulents. On est obligé de répéter le cathétérisme toutes les six heures. Le pouls s'efface graduellement, sans diminuer de fréquence. Le ventre, généralement tendu, ne peut supporter la moindre pression. (Mêmes prescriptions; plus, de larges frictions sur la surface abdominale avec l'onguent napolitain.)

Le 17 au soir, rien n'enraye la marche rapidement fatale de la cystopéritonite : stupeur, faiblesse, sécheresse et fuliginosité de la langue. (Potion avec l'extrait de quinquina et le sirop d'éther. Un peu de bouillon vineux. Deux larges vésicatoires aux cuisses.)

Le 18 décembre, l'adynamie est au comble; lipothymies, sueurs colliquatives. Mort le 19.

— Depuis la publication de ce fait, M. Vénot a fait connaître deux cas d'urétrorrhagie déterminée par l'injection d'une solution mitigée de perchlorure de fer, dont il ne nous paraît pas moins utile de donner ici une courte analyse.

Le premier malade, M..., âgé de vingt-quatre ans, atteint d'une blennorrhagie aiguë, fut traité d'abord, dans les six premiers jours, par les antiphlogistiques usités, moins les sangsues, qui ne furent pas jugées nécessaires, puis par les capsules gélatineuses de copahu. Le onzième jour, le médecin associa au copahu une injection formulée comme il suit :

Eau distillée....... 200 grammes.
Perchlorure de fer. 6 gouttes.

Deux injections furent faites dans les vingt-quatre heures, avec la précaution de faire asseoir le malade, les jambes écartées, sur un bourrelet placé au périnée. Une vive cuisson suit le premier usage de ce remède. Dans la nuit, le malade urine plus douloureusement que de coutume et aperçoit quelques gouttes de sang dans son vase. L'injection du lendemain matin est néanmoins pratiquée et détermine les mêmes accidents. M. Vénot, appelé, trouve M... en proie à une grande anxiété et urinant du sang en assez grande quantité. Des irrigations froides dans l'urètre, un demi-bain à basse température et quelques gorgées d'eau de pin gommé arrêtèrent ce flux sanguin, qui, néanmoins, ne fut totalement supprimé que le soir tard. Puis, sous l'influence d'un traitement composé d'onctions camphrées sous le tube urétral, de bains amidonnés, de boissons légèrement nitrées et de pilules au cubèbe et au baume du Canada, la blennorrhagie fut guérie au bout d'un mois environ.

Le deuxième malade est un jeune compagnon qui se présenta à la clinique de M. Vénot, à l'hospice Saint-Jean, avec une perte tellement abondante par l'urètre que ses vêtements étaient tout souillés de sang. Le sang sortait de l'urètre par regorgements et en petits caillots. Le malade, qui était pâle et faible, quoique d'une constitution robuste, apprit alors à M. Vénot que, pour couper une chaude-pisse,

il s'était injecté, d'après l'avis de son médecin, un liquide ainsi composé :

Eau de tilleul......	300 grammes.
Thridace.........	10 grammes.
Perchlorure de fer.	0.50 centigr.

Quatre injections avaient été faites impunément, mais le sang avait commencé à paraître à la cinquième, et à la sixième, il s'était produit une véritable hémorrhagie qui durait encore.

Des lotions froides, des injections légères d'acétate de plomb, des frictions avec l'huile de jusquiame camphrée sur le pénis, du petit-lait pour boisson et une potion avec l'eau de pin gommé, l'eau de Rabel, l'extrait thébaïque, le camphre et le sirop de grande consoude, firent cesser en deux jours tout écoulement sanguin, et on n'eut plus à combattre ensuite que la blennorrhagie ainsi réduite à sa simplicité primitive.

Ces trois exemples renferment un enseignement des plus utiles et qui ne doit point être perdu pour les praticiens. Ils montrent tout le danger des fausses analogies en thérapeutique et les graves conséquences de la précipitation dans laquelle on se laisse quelquefois entraîner à multiplier les essais d'un agent médicamenteux nouveau, avant d'en connaître suffisamment les propriétés. (*Union méd.* et *Journ. de méd. de Bordeaux*, janvier 1857.)

Rétroversion utérine; *réduction facile par suite de la position imposée à la malade*. Le succès de la réduction dépend en grande partie du choix de la position imprimée aux malades. Choisir une attitude telle qu'elle fasse momentanément cesser les résistances et qu'elle facilite par l'action de la pesanteur les mouvements que devra opérer l'organe dévié pour reprendre sa situation normale, tel est à peu près tout le secret de l'art des réductions. Le fait suivant publié par M. le docteur Godefroy, professeur d'accouchements à Rennes, montre combien une position heureusement choisie, d'après les données que nous venons de formuler d'une manière générale, quelque bizarre qu'elle soit d'ailleurs, peut faciliter la réduction d'une rétroversion utérine, alors même qu'elle avait résisté à des tentatives multipliées, faites d'après les règles prescrites par les maîtres de l'art.

Une femme N., multipare, d'une grande stature, ayant le bassin large, étant enceinte de quatre mois et demi environ, avait fait une chute sur le siége en descendant un escalier. Il en était résulté immédiatement des pesanteurs dans le bassin et une certaine gêne dans l'émission de l'urine et dans la défécation. Au bout de quelques jours il y eut rétention complète des urines et des matières avec coliques et ténesme vésical et rectal, ce qui força cette femme à s'aliter. Elle appela alors une sage-femme, qui constata une rétroversion complète de l'utérus. Le col utérin répondait à la partie supérieure du pubis, et le fond de l'utérus reposait sur le coccyx. La vessie, distendue par une grande quantité d'urine, remontait au niveau de l'ombilic. Le cathétérisme ne peut être pratiqué. La malade fut placée sur les genoux et sur les coudes, la sage-femme se plaça derrière la malade, et, introduisant trois doigts dans le rectum, s'efforça de faire rétrograder le fond de l'utérus; mais ses efforts furent infructueux. Ce fut alors que M. Godefroy fut appelé.

Notre confrère trouva la femme N. dans une agitation extrême et sortant à chaque instant de son lit pour se livrer à d'inutiles efforts d'expulsion. Ne jugeant point convenable de répéter des manœuvres qui avaient été sans résultat, il fit immédiatement placer la malade dans une position qui lui avait réussi déjà dans trois cas semblables pour obtenir la réduction, c'est-à-dire couchée à plat ventre sur le bord du lit, de façon qu'ayant la tête en bas et posant les mains sur le sol, elle n'eût que les cuisses et les jambes sur le lit. Des aides la maintenaient dans cette position, la soutenant par les épaules et l'empêchant de glisser sur le sol. La malade fut laissée ainsi pendant quelques minutes, afin de donner aux intestins le temps de se porter du bas-ventre vers le diaphragme et de faire disparaître ainsi la pression qu'ils exerçaient sur la face antérieure de l'utérus, devenue supérieure, et pour n'avoir plus à vaincre que la résistance offerte par le pourtour du détroit supérieur et surtout par l'angle sacro-vertébral. L'opérateur s'étant alors assis sur le bord du lit, au côté gauche de la malade, introduisit lentement dans le rectum les quatre doigts de la main droite préalablement huilés, et refoula progressivement le fond de l'utérus tout le long de la courbure du sacrum. En même temps que le fond de l'utérus remontait, son col descendait et s'éloignait du pubis; aussi le canal de l'urètre, de moins en moins comprimé, laissa pen-

dant cette manœuvre passer une grande quantité d'urine. Bientôt la sensation d'une résistance vaincue annonça que l'utérus avait franchi le détroit supérieur ; au même moment la malade s'écria : « Je suis guérie. » Pour s'assurer de la réduction parfaite, M. Godefroy porta les doigts dans le vagin, ce qui lui permit de constater que le petit bassin était complètement vide et le col au centre de cette cavité.

Cette manœuvre, qui dut être suspendue deux ou trois fois, pour laisser reposer la malade, dura en tout un quart d'heure.

M. Godefroy attribue avec raison le succès de sa manœuvre à ce que la position imprimée à la malade a l'avantage, non-seulement de soustraire l'utérus à la pression des viscères abdominaux, mais encore de paralyser les efforts involontaires et instinctifs d'expulsion, qui sont un des plus grands obstacles à la réduction dans les autres attitudes. Enfin M. Godefroy considère cette position comme plus avantageuse encore pour la réduction de l'antéversion, déplacement dans lequel le poids des viscères s'oppose seul à la réduction. (*Gazette médicale*, janvier 1857.)

VARIÉTÉS.

ENQUÊTE SUR LA VACCINATION.

On ne saurait trop vous féliciter, très-honoré confrère, de consacrer une page de votre journal à l'enquête qui se fait sur la valeur hygiénique de la vaccine. Homme de bonne volonté, je viens, à mon tour, vous offrir une courte note destinée à donner plus de netteté, plus de précision, un caractère plus scientifique à quelques-unes des réponses, trop sommaires, faites par M. Alquié aux questions posées par le directeur du Board of health. Comme il est nécessaire, dans le procès qui s'instruit, de connaître l'opinion de ceux qui ont étudié la question d'une manière toute spéciale, j'ai la confiance que vous voudrez bien accorder à ma petite note un asile dans votre estimable journal. C'est ainsi que la lumière se fait.

Il n'est pas d'action sans réaction ;
pas d'effet sans cause antérieure. (Axiome.)

La première moitié du dix-neuvième siècle a été marquée par une révolution providentielle, immense, que signalent, aux yeux les moins clairvoyants les chiffres authentiques qui suivent (Recherches statistiques sur Paris, 1823, Imprimerie royale).

Relativement à 1,000 naissances contemporaines d'enfants viables, l'état civil de Paris a enregistré, savoir :

	De 1799 à 1801. . . .	998 décès.
(Minimum.)	De 1809 à 1811. . . .	852 —
Mort-nés compris (¹).	De 1840 à 1849. . . .	1,025 —

1° La prodigieuse diminution des décès, dans les dix premières années du siècle, a été attribuée à la vaccine par l'acclamation universelle de la France, avec d'autant plus de raison que cette diminution s'est produite dans le premier âge. L'action du vaccin sur les enfants est donc incontestable et incontestée !

(¹) Le rapport des naissances aux décès a éprouvé en France les mêmes variations qu'à Paris, toutefois avec cette différence que l'époque du minimum a été plus tardive de treize ans, parce que la vaccine ne s'est pas propagée dans les campagnes avec la même rapidité qu'à Paris, à beaucoup près. Par suite, les effets de la réaction y ont été aussi plus tardifs, bien qu'ils aient été les mêmes.

2° La prodigieuse augmentation des décès dans les quarante années qui ont suivi ne doit-elle pas être attribuée à la réaction du vaccin sur les adultes, avec d'autant plus de raison que cette augmentation s'est produite, entre dix et cinquante ans, atteignant dans sa marche continue les âges intermédiaires, aussitôt qu'ils venaient se confondre avec l'âge même du siècle! Cette réaction fut d'ailleurs signalée au monde médical, à son origine, par MM. Petit et Serres, en ces termes (Traité de la fièvre entéro-mésentérique, 1813) :

« Une maladie nouvelle peut-être s'est présentée à notre observation... Elle sévit à la fleur de l'âge. » Aujourd'hui cette maladie sévit jusqu'au déclin de l'âge !

3° Cette réaction sanitaire n'est-elle pas due à ce que le vaccin n'a fait que retarder l'apparition de la petite vérole, que rejeter sur l'âge viril cette maladie du premier âge, comme le démontrent les chiffres suivants ?

(Annuaires.) *Décès par suite de la petite vérole à Paris.*

	De 1817 à 1821.	De 1851 à 1855.
Avant l'âge de 20 ans.	2,305	1,247
Après l'âge de 20 ans.	156	1,355
Décès. Totaux des cinq ans. . .	2,461	2,602

De tels chiffres n'ont pas besoin de commentaires !

4° Enfin l'explication suivante n'a-t-elle pas le caractère de simplicité admirable que la nature met dans toutes ses œuvres ? « Le vaccin ayant retardé l'éclosion des fièvres varioleuses jusque vers l'âge auquel les maladies aiguës des voies digestives sévissent généralement, celles-ci ont été compliquées plus fréquemment par l'alliance des autres et sont devenues, *hoc consortio solo*, plus meurtrières qu'elles n'étaient avant la vaccine. »

Cette explication est justifiée par la médecine pratique de Sydenham, sect. III, chap. III ; par celle de Stoll, chap. XI et XII ; enfin par les aphorismes 26, 349, 359, 522, 524 de cet illustre médecin.

E. A. Ancelon,
Médecin de l'hôpital de Dieuze.

Nous regrettons que l'espace nous manque pour insérer aujourd'hui l'analyse d'une note lue, le mois dernier à l'Académie de médecine, par M. le docteur Berthillon, et dans laquelle ce distingué confrère prouve que la modification dans la durée de la vie, signalée par M. Carnot, n'incombe en rien à la vaccine.

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, basé sur les services éminents que Gay-Lussac a rendus à la science et à l'industrie, par ses travaux et ses découvertes, un décret de l'Empereur autorise l'érection d'une statue en bronze de ce savant.

M. George Ville est nommé professeur titulaire de la chaire de physique végétale, récemment créée au Muséum d'histoire naturelle.

MM. Hœcht et Bœchel sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Strasbourg, le premier dans la section de médecine, et le second dans la section de chirurgie.

M. le baron de Trémont a légué à la Faculté de médecine une somme de 1,000 francs pour être distribuée, à titre d'encouragement, à un ou deux élèves distingués et sans fortune; un avis du secrétaire invite ceux de MM. les étudiants qui désirent se porter candidats pour ce prix à se faire inscrire dans les bureaux de la Faculté.

Les élèves du Dispensaire des maladies des yeux du docteur Desmarres viennent de lui offrir une médaille. Ce témoignage de gratitude lui a été remis par M. de Linck, professeur à l'Université Kharkhoff.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Remarques pratiques sur le traitement de l'hémorrhagie cérébrale par la saignée.

Parmi les nombreuses questions de thérapeutique appliquée qui ont été traitées avec plus ou moins de bonheur dans ces derniers temps, il en est une, suivant nous, qu'on a laissée passer sans y apporter l'attention sérieuse qu'elle méritait : c'est celle qui a pour but de déterminer l'opportunité et la mesure des émissions sanguines dans le traitement de l'hémorrhagie et des congestions cérébrales. Cette question a été posée par un jeune médecin, qui nous paraît suivre une bonne direction scientifique dans ses travaux, et qui mérite d'être encouragé, M. le docteur Aussagnel. Dans l'opinion de ce médecin, comme dans la pneumonie on voit quelquefois le pouls petit, concentré, se relever après une ou plusieurs émissions sanguines ; ainsi en peut-il être, en doit-il être dans la congestion cérébrale. Mais, dans ce dernier cas, n'est-ce point un danger, n'est-ce point un moyen d'aggravation du mal que cette réaction, que cette impulsion augmentée, à laquelle va obéir la masse sanguine répartie dans les mille vaisseaux, qui traversent l'encéphale et les membranes qui l'enveloppent ? Voici d'ailleurs sur ce point les propres paroles de l'auteur, que nous croyons devoir citer textuellement, pour mettre dans tout son jour l'originalité de sa conception : « S'il en est ainsi pour le cerveau, dit-il, comment s'en étonner ? Comment s'étonner que cet organe, maintenu dans une boîte inextensible, soumis à de faibles mouvements, tuméfié qu'il est par la grande quantité de sang qui l'engorge, résiste pendant un temps à l'hémorrhagie, et qu'ensuite il cède tout à coup, quand, à la suite d'une saignée, la circulation en devient plus active et les mouvements plus étendus ? En d'autres termes, et pour mieux faire comprendre notre pensée, n'y a-t-il pas pour la production de l'hémorrhagie cérébrale deux puissances parfaitement distinctes ; d'un côté la masse sanguine, de l'autre la force avec laquelle elle se meut ? Et ne semble-t-il pas qu'on ne puisse diminuer la première sans accroître la seconde ? » Ainsi posée, il ne nous paraît pas douteux que la question ne doive être résolue négativement, dans l'immense majorité des cas. Remarquons d'abord que cette réaction consécutive à la saignée, dont on argumente pour la proscrire, est bien loin de se rencontrer chez tous les apoplectiques. C'est l'inverse qui s'observe le plus souvent, et c'est précisément, suivant nous, cette condition inverse, comme

nous le verrons tout à l'heure, qui fait le danger des émissions sanguines, quand elles viennent à dépasser une certaine limite. Mais alors même que cette réaction se produit, a-t-elle sur la circulation cérébrale l'influence fatale que la théorie précédente fait redouter? Nous croyons que l'auteur, dans son explication des phénomènes, a trop concentré son attention sur la circulation cérébrale; il fallait suivre les effets de cette réaction non-seulement là, mais partout où le sang circule, partout où le sang se meut. Or, en élargissant ainsi son point de vue, l'auteur n'eût pas manqué d'observer que, si cette impulsion, augmentée dans la totalité de la masse sanguine, a lieu au profit de la circulation cérébrale, elle a lieu également au profit de toutes les circulations localement considérées, et que celles-ci deviennent ainsi autant de diverticulum à la fluxion anormale qui se dirige actuellement, ou qui se dirigeait tout à l'heure vers le centre cérébral. D'un autre côté, et sans sortir du point de vue purement mécanique de M. Aussagnel, est-il bien sûr que quand l'encéphale est gorgé de sang, pour répéter le mot de l'auteur, il soit plus dangereux pour cet organe que ce liquide y circule avec quelque activité, au lieu de s'y mouvoir avec lenteur, et de distendre passivement les vaisseaux qui le contiennent? Ici encore M. Aussagnel a trop borné sa vue. Il ne voit que l'effet de l'impulsion augmentée sur le point de l'encéphale menacé ou déjà atteint; mais il faut voir plus loin: cette impulsion s'exerce également sur le reste du vaste réseau vasculaire qui entoure ou pénètre la masse cérébrale, et en dégageant évidemment la circulation de ce côté, elle la dégage en même temps de l'autre. Bien que cette réflexion vaille surtout, en tant qu'il s'agit de simple congestion cérébrale, nous ne croyons pas qu'elle ne puisse en aucune façon s'appliquer à l'hémorrhagie cérébrale elle-même. Au reste, à considérer ainsi la question dont il s'agit en ce moment, on ne sort pas d'un mécanisme grossier, qui ne rend pas plus compte de la vie pathologique qu'il ne le fait de la vie normale. Nous nous arrêterons donc ici dans ces considérations, et nous allons essayer d'envisager en physiologiste une question physiologique.

Lorsqu'une congestion cérébrale se produit, et c'est le cas le plus ordinaire, par suite d'un état de pléthore, bien que, dans ce cas, cette pléthore se traduise principalement par l'empêchement du jeu normal de l'encéphale, les effets de cet état n'en existent pas moins, à des degrés divers, dans divers appareils organiques. Cette solidarité fonctionnelle pathologique est la conséquence nécessaire de ce qu'il y a incontestablement de mécanique dans la circulation. Or,

quand, en pareille circonstance, une saignée est pratiquée, non-seulement cette saignée tend à lever l'obstacle qui existe du côté de la circulation cérébrale, mais elle remplit le même office partout où un obstacle plus ou moins analogue existe, et dégage la circulation sur tous les points de son circuit immense. C'est précisément cette influence exercée sur tous les points où le sang circule qui rappelle à leur fonctionnement normal tous les appareils organiques, et la réaction qui suit, dans un certain nombre de cas, la saignée opposée à la congestion cérébrale, est l'effet direct de ce retour des diverses fonctions à leur jeu physiologique. Maintenant n'y a-t-il à considérer ici que le changement apporté dans la circulation générale? Rien de plus que ce fait ne se produit-il ici dans l'intérêt de la vie normale du centre nerveux? Ne tenir compte, en pareille circonstance, que de cet effet immédiat de la saignée, du cathétérisme du système vasculaire, allions-nous presque dire, c'est évidemment ne voir que le plus petit côté de la question. Ce qu'il faut y considérer, c'est surtout et avant tout l'effet secondaire que nous venons de signaler, c'est à savoir la vie reparaissant avec ses modalités multiples dans tous les appareils de l'organisation vivante. On s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps de l'action de certaines eaux thermales sur les maladies cérébrales. Il n'y a ici rien de spécifique dans ces eaux; leur effet le plus évident, en pareil cas, c'est la stimulation qu'elles impriment à la plupart des fonctions organiques, dont la survitalité, si nous pouvons ainsi parler, révulse l'*influxus* pathologique du centre cérébral. La saignée, appliquée d'une manière opportune dans les maladies encéphaliques qui, comme les congestions, les inflammations et l'hémorrhagie, la commandent le plus impérieusement, agit d'une manière tout à fait analogue. Les crises, dont quelques esprits à courte vue peuvent aujourd'hui encore nier la réalité dans un grand nombre d'affections morbides, mais qui sont aussi positives que la vie, dont elles sont une des manifestations, les crises constituent un ordre de phénomènes dont la similitude avec les effets provoqués, que nous examinons en ce moment, ne demande qu'à être signalée pour être immédiatement saisie. Pour comprendre l'action des émissions sanguines dans les congestions cérébrales, dans les hémorrhagies intra-crâniennes, qui n'anéantissent pas du premier coup et d'une manière irremédiable la vie nerveuse, voilà le véritable point de vue auquel il faut se placer. Pour expliquer les choses, ne pas sortir de ce qu'il y a de purement mécanique dans la circulation générale ou dans la circulation locale, c'est nier la vie, et se priver en thérapeutique appliquée de toutes les ressources qu'un art attentif sait

tirer de l'ensemble des forces dont l'organisme est animé. Mais en voilà assez sur cette question préjudicielle; passons maintenant à l'objet principal de cette note, c'est-à-dire à la mesure suivant laquelle les émissions sanguines doivent être pratiquées, pour être efficaces, et pour ne pas concourir, avec l'atteinte fatale qu'a subie l'innervation dans toute apoplexie, à une terminaison plus ou moins rapidement funeste.

Cette mesure est la chose du monde la plus difficile à déterminer; et la raison de cette difficulté, c'est qu'il ne s'agit pas seulement ici de laisser à l'organisme la quantité de sang dont il a besoin pour faire, pendant un temps plus ou moins long, les frais d'une vie non réparée, pour dépenser sans produire; il faut encore faire entrer dans cette balance l'atteinte qu'a subie l'innervation, et cette mesure est infiniment plus difficile. Elle est plus difficile, non pas seulement parce que les signes qui la traduisent sont loin d'avoir une signification aussi nette que lorsqu'il s'agit de l'autre grand facteur de la vie dont nous venons de parler, mais encore parce qu'en matière de force nerveuse, le rapport qualitatif a bien plus d'importance que le simple rapport quantitatif. En voulez-vous une preuve, que nous sommes à même de vérifier tous les jours : comparez, sous le rapport de la résistance vitale, une certaine race d'hommes, les Auvergnats, par exemple, avec les Parisiens mêmes, à la forme grêle, et que la première maladie semblerait devoir briser. Pendant que les premiers supportent à peine les saignées, et arrivent rapidement à une prostration qui les contre-indique formellement; les seconds, au contraire, résistent beaucoup plus énergiquement, supportent impunément les émissions sanguines plusieurs fois répétées. Ce que nous venons de dire de ces deux groupes d'hommes comparés, nous le dirons d'une manière générale de chaque individualité actuellement atteinte de la maladie dont nous nous occupons en ce moment. *A priori*, on ne saurait déterminer l'effet que produira sur l'organisme, en tant qu'il s'agit de la permanence de la vie, une congestion ou une hémorrhagie cérébrale.

Dans le cinquième volume de sa Clinique, consacrée aux maladies de l'encéphale, M. le professeur Andral remarque la discordance fréquente de la gravité des lésions avec celle des symptômes, et il conclut avec raison que ces lésions ne sont, dans beaucoup de cas, que le côté visible d'une affection dont la nature nous échappe. Il y a du vrai dans cette appréciation; mais on pouvait, il nous semble, faire un pas de plus que le trop circonspect membre de l'Institut dans ces ténèbres qu'il signale si bien; c'était de rapprocher ces différences

dans les manifestations phénoménales de lésions identiques des différences qui se remarquent dans la qualité de l'innervation. Quant à ces différences elles-mêmes, qui ne les voit surgir des conditions mêmes de l'innervation, qui varie si profondément suivant les individus au milieu d'une civilisation qui fait la vie si tourmentée, et où la fantaisie individuelle s'est substituée aux principes, à la mâle discipline de la raison ? Vous ne vous étonnez pas qu'entre des hommes qui ont vécu au sein d'une atmosphère saine, et les hommes qui ont porté le joug d'une atmosphère vicieuse, il y ait, sous le rapport de la résistance vitale, des différences si tranchées : comment ne trouve-t-on pas simple, dès lors, que les mêmes différences se remarquent, quand il s'agit des maladies d'un appareil et de la résistance d'un appareil organique dont les habitudes vitales, dont les mœurs, pour employer une expression de Bordeu, diffèrent si profondément, suivant les individus chez lesquels on les étudie? C'est cette vue qui explique les résultats si divers obtenus dans les apoplexies par les praticiens les plus attentifs. Latour, dans son Traité des hémorrhagies, rapporte le cas d'un individu frappé d'apoplexie, et chez lequel le collapsus immédiat fut tel que le pouls s'éteignit complétement : ce malade guérit. A quelle méthode pensez-vous qu'on ait eu recours pour obtenir ce résultat? Ce fut la méthode antiphlogistique, qui consista ici dans l'emploi de sept saignées successives. Bien que nous ne nous soyons jamais cru autorisé à faire subir à aucun malade une aussi énorme perte de sang, il ne nous serait pas difficile, en feuilletant les auteurs, de rapprocher de ce fait un certain nombre des faits semblables. Cette pratique, au reste, il semble qu'elle trouve sa justification, quand elle réussit, dans les procédés de la nature elle-même, qu'on a vue, dans quelques cas, amener la fin d'accidents cérébraux redoutables par des hémorrhagies spontanées fort abondantes. Tout le monde connaît le fait cité par Lancisi, fait dans lequel on voit un homme âgé, menacé d'une attaque d'apoplexie, être soulagé par une saignée de nez de onze livres, et complétement guéri, quinze jours après, par uue seconde déplétion de quatre livres. On dirait que les faits de cet ordre ne se rencontrent plus aujourd'hui, tant on les voit se produire rarement dans les grandes collections cliniques, où les détails cependant ne manquent pas. Ce n'est là qu'une fausse apparence, qui provient de ce que les esprits cherchent dans une autre direction. Pour nous, aux yeux de qui les faits analogues à celui que nous venons de rappeler ont toujours une grande importance, parce que nous sommes convaincu que c'est en suivant la voie

qu'ils ouvrent à la spéculation sage de la raison, qu'on arrivera à la terre promise de la thérapeutique, nous avons plus d'une fois observé des cas semblables. Dernièrement encore nous en avions un sous les yeux, que nous allons rapporter sommairement. Mme Lec., âgée de soixante-dix-sept ans, est une femme petite, mince, mais chez laquelle nous avons eu plus d'une fois l'occasion de constater une résistance vitale remarquable. Elle fut prise, dans ces derniers temps, et sans qu'elle se soit en rien départie de sa sobriété habituelle, de pesanteur de tête et d'étourdissements. Assez souvent Mme L. nous a présenté cet ensemble de symptômes, et toujours elle s'en était débarrassée assez rapidement, au moyen d'un simple purgatif. Dans cette dernière circonstance, ce remède fut impuissant; mais quelques jours après l'administration de ce moyen, la malade fut prise, au milieu de la nuit, d'une épistaxis abondante qu'on essaya de modérer, mais inutilement, par les moyens vulgairement employés en pareil cas. Comme l'hémorrhagie continuait toujours très-abondante, on nous fit enfin demander. La malade avait perdu au moins trois livres de sang : nous crûmes urgent de mettre fin à cet accident. Il nous suffit pour cela de substituer à la position assise la position couchée, de faire pénétrer un air frais dans l'appartement, d'appliquer des compresses froides sur toute la partie supérieure de la face, et surtout d'empêcher les lotions continues qu'on faisait sur l'ouverture des narines, et qui étaient un obstacle invincible à la coagulation spontanée du sang. Rien que par le bénéfice de ces moyens simples, l'hémorrhagie s'arrêta sur-le-champ. Nous recommandâmes de respecter pendant vingt-quatre heures le caillot hémostatique qui s'était produit, dans la crainte qu'à la chute prématurée de celui-ci l'écoulement sanguin ne reparût. Les choses se passèrent comme nous l'avions espéré, et le lendemain, la malade n'éprouvait plus rien des symptômes cérébraux que nous avons signalés. Une remarque que la malade fit elle-même dans cette circonstance, et qui nous eût échappé peut-être, c'est que les vaisseaux superficiels des bras et des mains, si gonflés avant cette hémorrhagie, se montraient vides et flasques après cet heureux accident. Ce changement apporté par la perte de sang dans les vaisseaux que nous avons ici sous les yeux n'est-il pas la traduction fidèle de ce qui s'est passé chez cette malade dans les agents principaux de la circulation cérébrale? Lorsque, sous l'influence d'une large émission sanguine, soit spontanée, soit artificielle, un si grand vide vient à s'opérer dans tout l'appareil vasculaire, est-ce qu'un tel vide, en tant qu'il s'agit d'une répartition mieux équi-

librée du liquide sanguin dans toute l'étendue de l'appareil circulatoire, ne doit pas plus que compenser l'effet d'une réaction que nous voyions tout à l'heure si redoutée? Qu'on veuille bien y réfléchir, et nous nous persuadons qu'on ne sera pas éloigné de partager notre manière de voir à cet égard.

Il nous serait facile, soit en puisant dans notre propre expérience, soit en recherchant dans les grands recueils d'observations, de multiplier les faits de cet ordre; nous ne le ferons pas, parce que ce serait là une œuvre vaine, une simple réimpression de la science écrite la plus vulgaire; il est plus conforme à l'esprit de cette notice, comme il est plus profitable à la thérapeutique, de mettre en regard de l'indication des émissions sanguines, dans les congestions ou les hémorrhagies cérébrales, les faits non moins authentiques qui démontrent que dépasser en pareil cas une prudente limite, c'est courir l'aventure d'irréparables catastrophes.

Dans un livre où abondent les données d'une saine pratique, mais où ces données se dégagent mal des détails prolixes d'une anatomie pathologique trop minutieuse, M. Durand-Fardel aborde lui aussi cette question; s'il ne la résout pas, il marque très-bien au moins les difficultés qui s'y rencontrent; nous ne saurions mieux faire que de placer sous l'autorité du Traité des maladies des vieillards les réflexions qu'il nous reste à faire sur ce point. « Dans les accidents de ce genre, dit ce médecin distingué, les phénomènes se succèdent avec une telle rapidité qu'on ne peut se défendre toujours d'en attribuer les vicissitudes au traitement qui vient d'être employé. Lorsque Celse a dit : *Si omnia membra vehementer resoluta sunt, sanguinis detractio vel occidit, vel liberat*, il a exprimé un fait d'observation très-exact. En effet, quand une attaque d'apoplexie détermine une résolution générale, ou elle annonce une simple congestion, qui se dissipe rapidement après la saignée, ou elle résulte d'une vaste hémorrhagie qui entraîne toujours une mort prompte, malgré la saignée. Mais ce n'est pas dans un cas la saignée qui a tué, et à peine peut-on dire que ce soit elle qui ait guéri dans l'autre, car ces congestions à appareil formidable tendent toujours à se dissiper d'elles-mêmes [1]. » S'il est une conclusion qui ressorte clairement de ce passage du livre du médecin inspecteur des eaux de Vichy, c'est sans doute celle-ci : l'art n'a point à intervenir dans les cas où une abondante hémorrhagie ou une forte congestion s'est effectuée dans l'organe central du système nerveux; car, dans le

(1) *Op. cit.*, p. 310.

premier cas, cette intervention est impuissante à conjurer la mort, et dans le second cas elle est inutile pour rappeler à son jeu normal l'innervation, qui ne tarde pas à se dégager spontanément. La pratique qui se fonderait sur cette manière d'envisager les choses serait, dans cette circonstance, suivant nous, une pratique aussi dangereuse qu'elle nous paraît erronée. M. Aussagnel, dans la théorie que nous avons rappelée au commencement de cet article, se préoccupait trop de ce qu'il y a de mécanique dans la circulation anormale du cerveau chez l'apoplectique, et il exagérait cette donnée ; M. Durand-Fardel oublie complétement ce côté de la question et arrive, bien qu'en suivant une route opposée, à la même conclusion, c'est-à-dire à l'abstention systématique de la saignée. C'est entre ces deux exagérations que se trouve la vérité. Comment ! voici un individu, dont le système vasculaire regorge de sang; il offre tout à coup tous les signes qui annoncent que le cerveau est le siége d'une congestion violente, congestion qui a déjà abouti, ou non, à une hémorrhagie plus ou moins considérable, et c'est chose inutile que de dégager l'appareil vasculaire, que de faire cesser une pression sous laquelle s'est produit, en partie au moins, le collapsus profond dans lequel est brusquement tombé l'organe principal de l'innervation ! M. Durand Fardel ne le croit pas lui-même ; car, en parcourant son livre, on y trouve une foule d'excellents préceptes, qui donnent un démenti formel à cette expectation excessive. Qu'on nous dise qu'en pareil cas, l'atteinte portée au centre nerveux est réelle, avec ou sans déchirure de la masse cérébrale, avec ou sans hémorrhagie concomitante; qu'on nous dise que la saignée se montre malheureusement souvent impuissante à relever le système nerveux de cette espèce de commotion interne, nous le comprendrons : mais faire de cette donnée vraie de l'observation une règle générale, c'est assurément une erreur, et une erreur dont la propagation offre d'incontestables dangers. En cas pareil, l'indication est nette et précise, il faut d'abord et avant tout saigner, principalement quand le pouls fort, vigoureux, et les antécédents hygides des malades viennent encore de leur côté fortifier cette indication. (*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Note sur l'atrésie de l'anus.

Lettre adressée à la Société de chirurgie au sujet d'une discussion récente sur ce vice de conformation, par M. le docteur Goyrand (d'Aix).

A l'occasion d'un fait d'atrésie de l'anus dont M. Boinet a entretenu la Société de chirurgie, dans sa séance du 11 février, plu-

sieurs membres de la compagnie ont pris la parole et émis des avis divers sur la conduite à tenir dans ce cas et sur l'opération par laquelle on pouvait remédier à ce vice de conformation. J'ai rencontré dans ma pratique deux cas à peu près identiques à celui de M. Boinet, et si la Société veut bien m'accorder un instant d'attention, j'aurai l'honneur de lui faire connaître le résultat de mes observations sur ce sujet.

Dans le cas de M. Boinet, l'anus, très-étroit, est situé en avant de sa position normale, de façon qu'entre cette ouverture et la vulve, il n'existe presque pas de périnée. Quand les matières fécales sont liquides, elles sont rendues assez facilement, mais lorsqu'elles ont plus de consistance, elles sont retenues ; et l'enfant a eu déjà plusieurs fois des constipations opiniâtres, qui ont fini par s'accompagner de tous les symptômes de l'étranglement intestinal. Faut-il opérer ?

M. Richard n'hésite pas à conseiller l'opération.

M. Michon ne trouve pas les accidents assez pressants pour qu'il faille opérer encore.

MM. Boinet et Verneuil combattent l'opinion de M. Michon, et je partage entièrement leur avis. Les accidents qui se sont déjà montrés rendent urgente l'intervention de l'art ; on ne peut pas espérer ici que les choses s'arrangent, comme dans le cas observé par M. Gosselin, où l'anus vulvaire, qui avait d'abord paru trop étroit, s'élargit apparemment à mesure que l'enfant grandit, si bien qu'il a fini par être suffisant. Du reste, aurait-on cet espoir, il faudrait encore opérer pour éloigner l'anus de la vulve, et corriger, autant que possible, une difformité qui plus tard aurait des inconvénients fort graves.

Mais quelle est l'opération qui convient à ce cas ?

M. Jarjavay raconte que dans un cas analogue à celui de M. Boinet, il a opéré de la manière suivante : il a introduit dans le rectum, par l'ouverture vulvaire, une sonde cannelée avec laquelle il a soulevé le périnée, qu'il a incisé crucialement à la place qu'aurait dû occuper l'anus ; puis, il a excisé les quatre lambeaux résultant de l'incision. Cet anus artificiel a bien fonctionné d'abord ; mais bientôt, la mère ayant négligé l'usage des mèches, qui avait été prescrit, l'ouverture artificielle se rétrécit à ce point que la défécation devint impossible. M. Jarjavay fit alors une longue incision, qu'il fallut recommencer quelque temps après ; enfin, l'ouverture s'étant de nouveau oblitérée, on dut faire une quatrième opération. Cette fois, ce fut une incision prolongée jusqu'au coccyx. Le résultat de

cette dernière a été durable. L'enfant est âgé, maintenant, de six ans ; l'anus qui lui a été fait est un peu étroit, mais il est suffisant.

Dans un cas pareil, M. Guersant s'est servi de la sonde cannelée, comme M. Jarjavay, et, ayant ouvert l'ampoule rectale sur la cannelure, a introduit dans l'intestin une lithotome double, avec lequel il a pratiqué une incision bilatérale ; il a, enfin, maintenu l'ouverture au moyen d'une canule de caoutchouc laissée à demeure. Après la guérison, la défécation se faisait bien par l'ouverture artificielle, mais il s'échappait toujours quelques matières fécales par l'ouverture vulvaire.

M. Verneuil demande s'il existe dans les annales de la science quelque cas de réussite définitive de ce genre d'opération. Les prétendus cas de succès qu'il a trouvés, au nombre de trois ou quatre, ont été publiés quelques semaines après l'opération, et il n'a lu aucune observation qui eût rapport à un adulte opéré dans les premiers temps de sa vie.

Ce chirurgien rejette les procédés par ponction, soit avec le bistouri, soit avec le trocart, et propose d'opérer par une longue incision pratiquée sur la ligne médiane, incision qui doit être prolongée jusqu'au coccyx, qu'on peut même exciser s'il le faut, et il veut qu'après avoir ouvert l'intestin, on réunisse par la suture la muqueuse de cet intestin à la peau. Quand on suit ce procédé, dit-il, l'ouverture artificielle n'est pas formée par du tissu cicatriciel, et l'on n'a point à craindre son resserrement consécutif.

Tels sont les faits et les doctrines qui se sont produits à la Société de chirurgie. Je partage entièrement la manière de voir de M. Verneuil; et, dans un mémoire que j'ai publié l'année dernière, dans la Gazette médicale, je me suis hautement prononcé contre les procédés par ponction ; j'ai recommandé les grandes incisions sur la ligne médiane, et j'ai beaucoup insisté sur les avantages du procédé qu'Amussat mit en pratique en 1835 [1], et qui consiste à réunir par la suture la paroi intestinale, et non la muqueuse seule aux bords de l'incision de la peau. Quand j'en ai trouvé l'occasion, j'ai mis en œuvre ce procédé, et je vais donner ici la substance de deux faits que j'ai publiés avec des détails suffisants dans mon travail et qui prouveront, je l'espère, l'excellence de la méthode. Voici les observations ; elles ont, quant à l'espèce d'atrésie, la plus grande ressemblance avec celles de MM. Boinet, Guersant et Jarjavay.

Premier fait. — Il s'agit ici d'une petite fille de onze mois, chez

[1] Gazette médicale, 1835, p. 753.

laquelle le rectum s'ouvre par un orifice étroit à la commissure postérieure de la vulve. Cette ouverture, suffisante dans les premiers mois, ne suffit plus maintenant. Les matières liquides sont expulsées avec effort, les solides ne sortent qu'en petite quantité, passant à la filière par cette petite ouverture. Le moment d'agir est venu ; j'opère le 18 avril 1855. J'incise sur la sonde cannelée le prolongement vulvaire du rectum, la paroi inférieure de cet intestin et la région ano-périnéale jusqu'au milieu de l'intervalle qui sépare la place où devrait se trouver l'anus du sommet du coccyx, et je réunis dans toute l'étendue de la plaie les bords de l'incision de l'intestin à la peau par cinq points de suture entrecoupée.

Tout alla bien. Le 12 mai, je rédigeai cette note : « La paroi intestinale et la peau sont réunies immédiatement. L'ouverture artificielle forme une fente présentant quelques rides transversales. Quand l'enfant crie ou fait des efforts, on voit la paroi supérieure de la portion terminale du rectum s'engager un peu dans l'ouverture. Si on écarte les bords de celle-ci pendant que l'enfant est en repos, on voit cette paroi former sur la fente une espèce d'opercule. La défécation se fait avec une entière liberté, et c'est par la moitié postérieure de la fente, et, par conséquent, assez loin de la vulve que sortent les matières fécales. »

Cette enfant a joui de la meilleure santé après l'opération ; mais, six mois plus tard, elle est morte d'une maladie aiguë, qui n'avait aucun rapport avec son vice de conformation ni avec l'opération qu'elle avait subie. Tout le temps qu'elle a vécu après l'opération, l'anus a fonctionné de la manière la plus satisfaisante.

L'opération a eu, dans ce cas, un succès complet ; mais peut-être dira-t-on que plus tard cette ouverture aurait pu se rétrécir. Voici un autre fait qui répondra au desideratum de M. Verneuil, puisque le sujet, opéré en 1840, jouit encore aujourd'hui (1857) de la santé la plus brillante.

Deuxième fait. — Ici le sujet est un garçon né avec un vice de conformation assez compliqué de l'anus, du rectum et de l'appareil génito-urinaire. C'est le 2 mars 1840 que je fus appelé à donner mes soins à cet enfant, alors âgé de six mois. Je le trouvai dans un état des plus graves, en proie à tous les accidents de l'iléus.

L'anus, chez cet enfant, n'était pas ouvert à sa place ordinaire. Le raphé scrotal, déprimé, avait l'aspect d'une vulve. Le pénis, assez développé, était imperforé ; l'urètre s'ouvrait à la base de cet organe, à la partie antérieure ou supérieure de la dépression raphéale. L'intestin s'ouvrait à la commissure postérieure de cette

fausse vulve. J'aurais eu du doute sur le sexe de l'enfant si je n'eusse reconnu les testicules dans les parties latérales de cette fente, qui simulaient les grandes lèvres.

Pendant les premiers mois de la vie, l'ouverture périnéale du rectum avait suffi à la défécation ; mais quand, par le progrès de l'âge, les matières fécales devinrent plus consistantes, la défécation devint plus difficile, puis impossible, et, depuis quatre jours, aucune matière stercorale n'avait été rendue quand l'enfant me fut présenté. La région ano-périnéale était soulevée et rénitente. Je fendis le canal recto-scrotal, le périnée et la paroi inférieure du rectum sur la ligne médiane de l'orifice scrotal au sommet du coccyx. Quand l'intestin se fut vidé, je saisis avec des pinces à torsion les bords de l'incision faite à cet organe, et les amenai facilement au dehors, où je les fixai par cinq points de suture dans des rapports parfaits avec les bords de l'incision de la peau.

Le résultat ne laissa rien à désirer ; je n'eus pas recours à l'usage des mèches. Trois mois après l'opération, je constatais le succès de mon opération dans la note suivante :

« L'anus forme une boutonnière de 3 centimètres de longueur, allant de la fente raphéale à 2 centimètres au-devant du coccyx. Les bords de la boutonnière sont en contact. Quand je les écarte, je vois au fond la paroi supérieure de la partie du rectum qui, par l'effet du vice de conformation, a une direction horizontale. La muqueuse et la peau sont réunies par une cicatrice parfaitement linéaire sur les bords de l'ouverture que j'ai pratiquée. Le doigt pénètre en arrière avec une entière liberté dans la cavité rectale. Il n'y a plus eu la moindre difficulté pour la défécation. »

L'opéré, maintenant âgé de dix-sept ans, est grand et fort. La boutonnière anale n'a rien perdu de ses dimensions ; elle est très-dilatable. La défécation est toujours très-facile, et (circonstance à noter) il n'y a pas d'incontinence des matières fécales ; mais ce jeune homme est dans l'habitude de satisfaire le besoin de défécation aussitôt qu'il se fait sentir.

Ce fait vient à l'appui des doctrines d'O'Beirne, qui considère le colon iliaque comme un réservoir et le rectum comme un canal de transmission des matières fécales. Dans un cas pareil, l'incontinence serait inévitable, si le rectum était un réservoir.

Le procédé conseillé par M. Verneuil, et que j'ai mis en pratique, a sur les autres une supériorité qui n'est pas contestée. M. Guersant, qui ne l'a point pratiqué, reconnaît que quand la muqueuse n'a pas été réunie avec la peau, on est obligé de combattre toujours

la tendance à l'oblitération. Ce chirurgien a pu constater cette fâcheuse tendance dans une douzaine de cas. M. Verneuil prend acte de cette déclaration et fait remarquer que, d'après cela, on peut regarder le résultat comme à peu près nul, puisque, si la vie est prolongée, elle ne l'est pas au delà de deux ou trois ans.

Mais cette réunion de l'intestin avec la peau sera-t-elle toujours possible ? A cette question, qui lui était adressée par M. Verneuil, M. Guersant répondait (séance du 18 février) que cet affrontement de la peau avec la muqueuse est quelquefois possible, mais que souvent il ne l'est pas. Je m'incline devant l'expérience de M. Guersant; cependant je ferai remarquer que la chose a été facile chez mes deux opérés, et je serais porté à croire qu'il doit en être le plus souvent ainsi dans les cas analogues. En effet, quand l'intestin vient s'ouvrir au dehors, à une distance plus ou moins grande du lieu où se trouve ordinairement l'anus, le rectum se termine sur le plancher du bassin par une ampoule d'où naît le prolongement vulvaire ou périnéal ; et cette ampoule, dilatée par l'accumulation des matières fécales, présente, après qu'elle s'est vidée, une laxité très-favorable à l'affrontement de la paroi intestinale avec la peau.

Maintenant quelques mots sur une autre particularité du procédé. L'incision par laquelle j'ai ouvert le rectum diffère des opérations de MM. Jarjavay et Guersant, en ce que ces chirurgiens, soulevant le périnée au moyen de la sonde cannelée introduite dans l'orifice cutané de l'intestin, ont incisé celui-ci à la place qu'aurait dû occuper l'anus et laissé subsister le conduit qui venait s'ouvrir à la vulve, tandis que j'ai compris ce conduit et son orifice dans mon incision.

Voici les motifs qui m'ont déterminé à agir ainsi :

1° Ce qu'on craint le plus, à la suite des opérations qu'on pratique dans le but d'assurer une libre issue aux matières fécales, c'est le resserrement consécutif de l'ouverture artificielle. Or, quand une incision est pratiquée en plein dans les tissus intacts, toutes ses parties tendent au rapprochement ; tandis que si l'incision est limitée à une de ses extrémités par le trajet muqueux d'une ouverture naturelle, cette extrémité reste étrangère au travail de cicatrisation qui, ne partant que de l'angle saignant, ne doit jamais amener un rétrécissement aussi considérable.

2° L'opération faite par MM. Guersant et Jarjavay ne détruit pas le prolongement de l'intestin situé en avant de l'anus artificiel, et son orifice vulvaire ou périnéal, qui continue de laisser passer des matières fécales, ainsi que l'a observé M. Guersant; et si on arrive à faire un anus convenable par ce procédé, on aura à s'occuper

plus tard de l'oblitération de ce prolongement de l'intestin devenu inutile et incommode ; or, existe-t-il un meilleur moyen de détruire ce prolongement que l'incision de sa paroi inférieure suivie, si l'on veut, de la destruction de la muqueuse qui le tapisse? Eh bien, s'il en est ainsi, le premier temps de l'opération secondaire se trouve exécuté en même temps que l'opération essentielle dans le procédé que j'ai suivi ; et si, après que l'issue facile des matières fécales aura été assurée par l'opération, on jugeait convenable de substituer à la gouttière muqueuse une surface cicatricielle, on pourrait détacher par la dissection ou détruire par la cautérisation la muqueuse que revêt cette gouttière ; mais je ne vois guère l'avantage qu'il y aurait à détruire cette surface muqueuse, à laquelle le contact de l'air et des vêtements finira par donner les caractères de la peau extérieure.

Je ne terminerai pas cette lettre, déjà trop longue, sans dire encore quelques mots du procédé suivi par M. Jarjavay, et des motifs qui le lui ont fait adopter. Ainsi que l'a dit M. Verneuil, si, dans ce cas, l'opération eût été pratiquée la première fois par une longue incision suivie de la réunion de la paroi du rectum avec la peau, on n'aurait pas été obligé d'exposer quatre fois le petit malade aux chances d'une opération sanglante, et l'ouverture obtenue ne serait pas trop étroite ; mais M. Jarjavay a dit les motifs qui lui avaient fait préférer les incisions peu étendues : c'est que ce chirurgien espérait conserver ainsi le sphincter anal, si ce muscle existait.

Il nous faut entrer ici dans quelques détails anatomiques.

Quand, l'anus manquant, le sphincter existe, ce muscle n'est pas annulaire, ni elliptique ; il est constitué par un faisceau charnu, à fibres parallèles, situé sur la ligne médiane, et s'étendant du sommet et de la face cutanée du coccyx à une intersection aponévrotique qui le sépare du bulbo-caverneux chez le garçon, du constricteur du vagin chez la petite fille. Ce faisceau est quelquefois très-mince et tout à fait insignifiant. (Voir la VI[e] obs. de mon mémoire.) Il est impossible alors de l'utiliser. D'autres fois, il est large et épais, comme chez le sujet de ma cinquième observation. Dans ce dernier cas, il importe de le ménager en opérant. Bien que son action soit bornée au rapprochement des deux bords de la boutonnière anale, et qu'il n'ait pas d'action circulaire, il rendra des services ; mais quand on tient à conserver le muscle, il faut bien se garder de faire à la région ano-périnéale des incisions transversales ou des excisions ; ainsi, l'incision bilatérale de M. Guersant diviserait transversalement les deux moitiés latérales de ce faisceau

charnu ; l'incision cruciale avec excision des angles faite par M. Jarjavay le détruirait ; tandis que l'incision longitudinale, prolongée même jusqu'au coccyx, ne fait qu'en séparer les fibres qu'elle laisse intactes et dans les meilleures conditions possibles pour que le muscle puisse, plus tard, remplir ses fonctions. GOYRAND.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur l'hydrocotyle asiatica et ses préparations pharmaceutiques.

Dans un intéressant article sur l'hydrocotyle, que M. Devergie a publié dans le numéro du 15 octobre dernier du *Bull. de Thérap.*, t. XLI, p. 294, se sont glissées involontairement quelques erreurs que je tiens tout d'abord à rectifier.

M. Lépine, pharmacien de première classe de la marine, a publié en 1814 une remarquable monographie de l'hydrocotyle asiatica. Dans ce travail, le seul qui existe sur cette plante, se trouve une analyse chimique très-soignée, et, autant que je peux le croire et en juger d'après mes propres travaux, très-exacte.

M. Devergie signale ce mémoire, et le comparant, pour la partie analytique, à un travail que doit publier prochainement notre honorable confrère, M. Lefort, s'exprime ainsi : « M. Lefort, que j'ai prié de contrôler au besoin le travail de M. Lépine, est arrivé au résultat suivant : la minime portion de vellarine qui existe dans l'hydrocotyle asiatica, 1 pour 100 suivant M. Lépine, 1 pour 300 suivant M. Lefort, a porté M. Lefort à penser qu'une autre substance partage ou possède les propriétés actives de la plante. Ce serait, suivant lui, la *résine verte*. Il croit que la *résine brune* de M. Lépine n'est autre que la résine verte. De là, les effets plus marqués, sur l'économie, des préparations obtenues au moyen de l'alcool ; aussi allons-nous administrer à nos malades la teinture (1). »

On pourrait croire, d'après cela, que M. Lefort aurait, le premier, signalé la présence de la résine verte dans l'hydrocotyle asiatica, et le rôle supposé qu'elle joue dans l'action du médicament. Il n'en est pourtant rien, car M. Lépine, non-seulement signale la

(1) Nous croyons pouvoir affirmer ici que M. Lefort ne s'est attribué en aucune manière la découverte de la résine verte contenue dans l'hydrocotyle. Le passage que cite M. Fournier prouve seulement qu'il ne partage pas l'opinion de M. Lépine sur l'existence de deux résines que l'on doive distinguer au point de vue thérapeutique. (*Note du Rédacteur en chef.*)

résine verte presque à chaque page de sa brochure, mais il consacre à son étude un long et intéressant article, où toutes les propriétés de cette substance sont minutieusement étudiées, et dont la conclusion est, après expérience, que la résine verte ne paraît jouir d'aucune action sur l'économie. Quant à la résine brune, M. Lépine ne la confond pas avec la résine verte. Voici d'ailleurs de quelle façon ce chimiste s'exprime sur ces deux substances.

Examen de la résine brune.—« Cette résine desséchée à 25° a l'aspect d'une matière brune friable; réduite en poudre, elle est grise-jaunâtre. Sa saveur est âpre, amère; elle est très-soluble dans l'alcool, faiblement soluble dans l'eau; ses solutions sont acides. L'acide azotique la dissout en se colorant en jaune oranger, puis elle se sépare de cette solution en grumeaux jaune pâle. Elle se dissout dans l'acide sulfurique, en lui donnant une couleur sang de bœuf. La potasse liquide la dissout : cette solution est jaune oranger. Une solution de carbonate de potasse donne à cette résine une couleur marron ; chauffée dans un tube, elle se carbonise, en répandant quelques vapeurs acides à odeur empyreumatique; elle donne un charbon volumineux. Elle est soluble dans l'alcool à 30°.

Examen de la résine verte.— « Cette matière chauffée dans un tube de verre répand des vapeurs acides, se liquéfie et se transforme en un liquide brun oléagineux. Le charbon produit est peu volumineux. La résine verte exposée à l'air se dessèche; l'acide nitrique, lorsqu'elle est pure, ne change pas sa couleur. Nous avons vu (§ 26) que cette résine était attaquée par la potasse liquide et se transformait en savon, d'où l'acide sulfurique affaibli précipitait une nouvelle matière, différant, par ses propriétés chimiques, de la matière primitive. Il est probable que, comme dans la plupart des corps gras, la matière verte est composée d'un acide et d'une base ayant de l'analogie avec la glycérine; par l'action de la potasse la résine verte est dédoublée; lorsqu'on dissout dans l'eau le savon formé, et qu'on le décompose par l'acide sulfurique, la base se dissout, et l'acide combiné à la potasse se trouve éliminé par l'acide sulfurique; elle est soluble dans l'alcool à 36°, etc., etc. (p. 31 du Mémoire).

10 grammes d'extrait privé des matières grasses et 2 grammes de résine verte donnés séparément à un chien de très-petite taille n'ont produit aucun effet appréciable. »

Ainsi donc M. Lefort n'a point découvert la résine verte; son opinion sur les propriétés de cette substance reste à l'état de conjecture, et la résine brune et la résine verte, dans le travail de

M. Lépine, sont deux substances parfaitement distinctes et qui ne peuvent être confondues.

Ce point éclairci, et après avoir rendu à César ce qui appartient à César, ainsi que cela doit être en toute équité, je vais essayer d'exposer ici quelques-unes des recherches qui me sont propres, et d'en tirer l'enseignement pratique qu'elles renferment.

L'hydrocotyle asiatica est une plante herbacée vivace, de la famille des ombellifères; les tiges sont filiformes, rampantes, produisant de distance en distance de nouvelles racines et une nouvelle plante, à la manière du fraisier. Cette plante est commune dans l'Inde, et croît dans les terrains humides, au bord des cours d'eau.

La partie de la plante la plus active est la racine, puis la tige, la feuille, et enfin les semences, dont les effets sont à peine marqués. Pour l'usage médical, la racine devrait être préférée; mais comme elle est très-petite et qu'il serait difficile de s'en procurer une quantité suffisante aux besoins de la consommation, je pense que la plante entière qui atteint, du reste, parfaitement le but médical, sera seule usitée.

C'est sur cette plante entière, qui m'a été envoyée par M. Lépine dans un excellent état de conservation, que mes expériences ont été faites.

Analyse de la plante entière. — 100 grammes de cette plante desséchée à 40° ont donné sensiblement 15 grammes de cendre. Ces cendres contiennent 42 pour 100 de sel soluble dans l'eau, et 58 pour 100 de matières insolubles. Les sels solubles sont des chlorures, des iodures et des sulfates de magnésium, de sodium et de potassium. Les carbonates manquent à peu près complétement, et dans mon opinion, c'est là ce qui a empêché M. Lépine de trouver de l'iode dans cette plante; car c'est ce qui arrive dans la recherche de l'iode dans les substances organiques, toutes les fois que les carbonates alcalins manquent ou sont en très-petite quantité; les iodures se décomposent, l'iode ne trouvant point à se fixer se volatilise pendant l'incinération, ou est entraînée par les produits de la décomposition ignée. Il faut, dans ce cas, laver la substance à analyser avec une solution de carbonate de potasse parfaitement privé d'iode. Ce procédé, que nous devons à l'extrême obligeance de M. Chatain, si compétent dans ces questions, nous a permis de trouver dans l'hydrocotyle asiatica une quantité d'iode assez notable.

100 grammes de poudre de la plante entière pilée sans résidu fournissent :

Vellarine	1 gr.	02
Résine brune	4	23
Résine verte	4	15
Gomme	3	25
Amidon	8	»
Matière extractive	21	40
Matières ligneuses, sels et pertes	57	95
	100 gr.	»

100 grammes de plante altérée par l'humidité, provenant d'une caisse mal fermée, n'ont donné que 0,30 de vellarine, tandis que la quantité de résine brune se trouvait augmentée dans une assez grande proportion, 5 gr. 25 environ.

Analyse de l'extrait hydro-alcoolique préparé dans le vide à une température de 40°. — 100 grammes de cet extrait ont produit :

Vellarine	5 gr.	80
Résine brune	17	20
Résine verte	13	60
Matières extractives, sels solubles et pertes	65	40
	100 grammes.	

L'extrait préparé à l'air libre, à la température de 80° environ, ne donne plus trace de vellarine, et la résine brune augmente dans une grande proportion.

Dans ces extraits, comme dans la plante altérée, la vellarine diminue en quantité ou disparaît complétement, et la résine brune augmente.

Ne pourrait-on pas conclure de ces faits que la vellarine, sous l'influence de l'air et de la chaleur, se transforme en résine brune ? Du reste, j'examinerai avec soin ce phénomène, qui me paraît sans analogue, et ferai connaître le résultat de mes observations dans un travail complet que je me propose de publier prochainement sur cette intéressante plante.

Un mot maintenant sur les préparations d'hydrocotyle qui doivent être préférées pour l'usage médical. On nous permettra d'insister sur ce point, car souvent les effets thérapeutiques des plantes les plus actives et les plus utiles sont méconnus parce que l'expérimentation, avec des préparations défectueuses et mal combinées, fait naître l'incrédulité funeste et l'erreur. Il résulte des observations de M. Lépine et des miennes que les prévisions de M. Devergie sont vraies, à savoir que ce sont les préparations hydro-alcooliques qui doivent être préférées. En effet, la plante se conserve mal ; elle est très-hygrométrique, comme toutes les plantes aquatiques; la poudre, bien que préparée avec soin, subit la loi commune aux poudres

végétales, qui toutes, sous l'influence de l'air et de la lumière, perdent leurs propriétés.

Toutes ces considérations me font conclure à la supériorité de l'extrait hydro-alcoolique préparé dans le vide, à une basse température. Je le crois préférable à la teinture, qui, en général, constitue une mauvaise préparation, en ce qu'elle varie dans sa composition, suivant les nombreuses circonstances qui président à la végétation, les conditions de température, de récolte, de manipulation, l'action de l'air et de la lumière : toutes ces conditions, je le répète, font de la teinture une préparation défectueuse.

L'extrait préparé d'après les méthodes ordinaires est, à mon avis, encore plus incertain. En effet, il ne contient plus ou presque plus de vellarine, principe considéré par M. Lépine comme représentant une partie de l'activité du médicament ; bien que nous soyons très-sceptique à l'endroit de certains principes prétendus actifs dans les végétaux, et convaincu que toutes les considérations philosophiques et physiologiques si laborieusement rassemblées ne peuvent faire que le véritable principe actif ne soit la plante elle-même ou la préparation qui la représente le plus exactement, nous pensons cependant qu'il faut tenir compte de l'expérience de M. Lépine, et croire avec lui que la préparation qui ne contient plus aucune trace de ce principe signalé comme très-actif doit être rejetée.

Ainsi donc je propose l'extrait hydro-alcoolique préparé avec l'alcool à 56° centigrades, dans le vide, à une température qui n'excède pas 40°, comme ayant toujours une composition à peu près fixe, et étant à l'abri des nombreuses influences qui portent atteinte aux autres préparations.

J'ajoute que l'expérience clinique justifie complétement la préférence que je lui donne, car son activité est incomparablement supérieure à celle des autres préparations. EUG. FOURNIER.

Potion au tannin contre la bronchite chronique.

Dans les cas de bronchites de longue durée, le docteur Berthel recommande la potion suivante :

PR.	Tannin	20 centigrammes.
	Extrait de belladone	5 centigrammes.
	— de ciguë	15 centigrammes.
	Infusion de séné	90 grammes.
	Eau de fenouil	50 grammes.
	Sirop de guimauve	50 grammes.

M. S. à prendre par cuillerées à bouche, de deux en deux heures.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur un emménagogue vulgaire, oublié ou inconnu par la thérapeutique de nos jours ; la mille-feuille.

Dire que la suppression des menstrues est la cause provocatrice d'une infinité de maladies, c'est constater une vieille vérité qui n'a plus besoin de démonstration. S'il est certain que quelques empiriques ignorants et toutes les bonnes femmes s'exagèrent la valeur pathogénique de cette suppression et la regardent comme cause dans des cas où elle est bien clairement conséquence, il n'en est pas moins vrai qu'une foule de considérations engagent le thérapeutiste à ne jamais perdre de vue cette circonstance.

En effet, bien des fois la disparition des règles arrive brusquement au milieu de la plus florissante santé, et elle peut alors occasionner des fluxions dangereuses, des congestions sur des organes importants, des hémorrhagies par les voies supérieures, une foule d'accidents morbides redoutables ; dans tous ces cas, il y a indication majeure à rappeler les menstrues.

La suppression brusque de ce flux peut encore avoir des conséquences plus graves chez les personnes prédisposées aux congestions cérébrales, à la phthisie pulmonaire, à toutes les localisations diathésiques difficiles à guérir ; car, par cette seule cause, la prédisposition peut se changer en diathèse et abandonner son état de stabilité pour se développer avec vitesse. Que d'exemples de cette sorte n'observe-t-on pas dans la pratique journalière, surtout chez les personnes menacées de phthisie ?

Sans doute, dans tous ces cas, on peut jusqu'à un certain point suppléer les évacuations naturelles par des évacuations artificielles, et, bien des fois, il y a nécessité de recourir immédiatement à ce moyen. Cependant il ne faut pas oublier que les dernières sont loin de produire le même bien que le retour des secondes, et on doit toujours avoir présentes à l'esprit ces observations dans lesquelles il est constaté que quelques gouttes de sang échappées par une voie accoutumée, naturelle, pour mieux dire, ont amené un bien autre soulagement que de larges saignées artificielles. C'est parce qu'ils sont pénétrés de la valeur de cette observation que les bons praticiens se gardent bien d'appliquer un grand nombre de sangsues à la marge de l'anus, aux grandes lèvres chez la femme, quand ils ont simplement pour but de provoquer l'écoulement hémorrhoïdal ou le flux menstruel ; l'effet déplétif que ces sangsues produiraient, si elles étaient appliquées en trop grand nombre, serait très-suscep-

tible de neutraliser le simple effet attractif que l'on veut obtenir. A notre avis, beancoup de purgatifs, amenant indirectement le même effet que l'application d'un assez grand nombre de sangsues, sont contre-indiqués quand il s'agit de provoquer les menstrues, et nous pourrions en citer quelques exemples frappants.

Alors même que la suppression est la conséquence de la maladie, comme cela arrive si souvent dans la chlorose, dans les affections scrofuleuses, la phthisie pulmonaire, dans beaucoup de maladies chroniques, le praticien ne doit jamais perdre de vue le flux menstruel, car il arrive que sa suspension peut persister alors même que le sang est assez reconstitué, et qu'elle peut aussi entretenir des mouvements fluxionnaires dangereux ou des localisations fâcheuses. Sans doute, l'indication principale est ici fournie par l'affection, et on agirait très-inconséquemment si on ne cherchait qu'à faire couler l'utérus ; mais, l'indication principale remplie, on ne peut pas laisser de côté l'indication secondaire et oublier tous les avantages qu'on peut trouver à provoquer un des mouvements les plus favorables de la nature.

Ce n'est pas tout encore : bien des maladies plus ou moins graves se jugent par un écoulement de règles ; Hippocrate nous en a certes assez prévenu en nous montrant, dans la constitution troisième de ses Épidémies, que les femmes qui eurent leurs mois aux jours critiques guérirent toutes. Après cet enseignement, peut-t-on négliger l'observation des tendances de la force médicatrice ? peut-on ne pas prendre garde de ne pas les troubler par des médications intempestives, et ne doit-on pas tâcher, au contraire, de les soutenir ou de les exciter avec sagesse et prudence ?

Nous pourrions longuement nous étendre à ce sujet, mais tel n'est pas notre but : nous voulons tout simplement parler d'un moyen emménagogue qui nous réussit parfaitement depuis deux ans et que nous avons trouvé chez le vulgaire.

Il y a deux ans, on vint me consulter pour une jeune fille de dix-huit ans, d'une florissante santé, d'un tempérament lymphatico-sanguin, n'ayant jamais été malade de sa vie, d'une moralité irréprochable, qui avait vu ses menstrues cesser brusquement, un jour qu'elle s'était mise à l'eau durant l'époque cataméniale. Déjà depuis deux mois rien n'avait paru ; la jeune fille n'éprouvait encore que quelques malaises, et on venait me consulter parce que nous approchions du moment où les règles avaient coutume de paraître. J'ordonnai quatre sangsues au haut des cuisses, des pédiluves sinapisés, une infusion d'armoise, de l'exercice, etc.

Je ne revis plus cette personne de quelques mois ; mais appelé pour un autre malade dans la même maison, je demandai de ses nouvelles, et on ne me cacha pas que, mes prescriptions n'ayant rien fait, on s'était servi d'une fleur très-vantée pour ses propriétés emménagogues dans les montagnes voisines du Larsac, d'où l'oncle de la jeune fille en apportait chaque année lors de la moisson. On me raconta que demi-heure après qu'on eut fait prendre à cette jeune fille une très-forte infusion de cette fleur, les règles étaient apparues ; en ce moment même, elles coulaient pour la deuxième fois.

On comprend que je fus curieux de connaître cette plante ; ce n'était rien autre chose que la millefeuille (*achillæa millefolium*).

Je n'eus, après cela, rien de plus empressé que de consulter mes livres de thérapeutique et de botanique ; sur beaucoup je ne trouvai rien, et sur d'autres je lus avec étonnement ce qui suit :

« Cette plante est vulnéraire, résolutive et astringente ; on l'emploie intérieurement et extérieurement pour arrêter toutes sortes d'hémorrhagies ; elle est encore très-utile contre les hémorrhoïdes et les fleurs blanches très-abondantes ; cependant les femmes et les filles sujettes au flux hémorrhoïdal ne doivent pas trop en continuer l'usage, qui leur causerait une suppression de règles plus fâcheuse que les hémorrhoïdes... » (Dict. univ. d'hist. nat., par Valmont de Bomare, t. V, p. 396.)

« On regarde avec raison la mille-feuille comme vulnéraire et astringente ; en conséquence on l'emploie intérieurement pour arrêter toutes sortes d'hémorrhagies. Dans ces cas, l'expérience a prouvé qu'une forte décoction, et non pas une simple infusion de toute la plante, racine et feuilles, est la meilleure méthode.

« On emploie en médecine les fleurs et l'herbe de cette plante : chacune de ces parties fournit les mêmes principes et dans la même proportion..... La mille-feuille tient un rang distingué parmi les plantes vulnéraires, astringentes, résolutives ; elle est célébrée encore comme antiépileptique, fébrifuge, bonne contre l'asthme, propre à prévenir l'avortement ; mais son usage le plus ordinaire, soit intérieur, soit extérieur, est contre les hémorrhagies, les plaies et les ulcères.

« Hoffmann nous a laissé une longue dissertation sur la mille-feuille, qu'il vante principalement contre les affections spasmodiques qui sont accompagnées de mille douleurs ; et c'est là la seule chose qu'il assure d'après sa propre expérience ; il ne fonde toutes les autres merveilles que sur le témoignage des auteurs, entre lesquels

on peut distinguer Stahl, qui en célèbre beaucoup l'usage contre la passion hypocondriaque.... » (Encyclopédie du dix-huitième siècle, t. XXI.)

« Les parties herbacées dans la mille-feuille ont une saveur un peu amère et astringente, et les fleurs sont légèrement aromatiques ; ce qui paraît indiquer que cette plante peut convenir dans quelques cas qui demandent qu'on associe l'usage des toniques aux astringents ; mais on a beaucoup trop exagéré autrefois ses propriétés. Plusieurs auteurs en ont fait le sujet de dissertations particulières ; les uns l'ont préconisée contre les pertes utérines, le crachement de sang, etc... » (Dict. des sciences méd., t. XXXIII, p. 433.)

Après avoir lu cela, je craignis franchement d'avoir mal déterminé la plante, et j'étais à l'examiner encore, quand un médecin d'un village distant de quelques lieues arriva chez moi. Il me demanda de lui-même ce que je faisais de cette mille-feuille ; je lui parlai de ce qu'on m'avait rapporté et de ce que je lisais. « Il n'est pas besoin, me dit-il, d'aller bien loin pour trouver de cette fleur ; il y en a chez nous, et les femmes s'en servent réellement pour faire revenir leurs règles ; pour ma part, je ne vous dirai rien de son efficacité, car je me sers plutôt de ce qui est indiqué dans les manuels. »

Je fus plus curieux et je me proposai de vérifier avec soin si les propriétés emménagogues de la mille-feuille étaient réelles ou imaginaires. Il y a près de deux ans de cela et j'ai eu le temps de me convaincre, dans un grand nombre d'occasions, qu'on était loin de m'avoir exagéré la vertu emménagogue de la plante dont il est question.

Pour réussir, quand on met en usage un remède quelconque, il est essentiel de bien saisir le moment opportun de son administration : *occasio præceps*. Si l'on remplit bien cette condition, si, pour l'administration de la mille-feuille, on saisit bien les moments où la nature est le plus disposée à aider le flux menstruel, on ne manque pas d'obtenir d'excellents résultats dans une infinité de circonstances. Cela arrive surtout quand la suppression est le simple résultat d'une imprudence, d'une cause passagère, d'un froid, d'une émotion morale, par exemple.

Il suffit assez souvent de donner une seule forte infusion pour provoquer l'écoulement, qui survient parfois une demi-heure après ; nous prescrivons cette infusion le matin à jeun ; nous la faisons répéter au besoin trois ou quatre jours de suite ; nous l'avons, au reste, longtemps continuée quand les menstrues n'ont pas paru, sans qu'elle ait apporté le moindre préjudice.

Pour être plus certain que le moment de l'administration est favorable, nous attendons que l'époque du retour habituel soit presque écoulée. Si, dans le courant du mois, il y a des signes qui nous font croire à des tendances fluxionnaires vers l'utérus, nous n'hésitons pas à prescrire la mille-feuille, et nous avons ainsi quelquefois réussi à provoquer le flux cataménial.

Pour ne pas attribuer à un remède une curation causée par la seule force médicatrice, nous avons souvent laissé passer une ou deux époques menstruelles sans administrer la mille-feuille, nous contentant alors de donner les tisanes d'armoise, de rue, de safran, de prescrire des pédiluves sinapisés, deux sangsues aux organes génitaux, etc. Nous n'arrivions pas à de grands résultats avec cette thérapeutique; nous avouons n'avoir jamais employé la sabine; nous nous méfions de son action, qui va quelquefois jusqu'à déterminer de fortes congestions irritatives de la matrice et de violentes hémorrhagies; sa puissance abortive n'est que trop constatée. (Trousseau et Pidoux.)

A ce propos, disons que nous pratiquons dans une ville de fabriques, où beaucoup de jeunes filles s'exposent à devenir grosses. Voyant leurs règles suspendues, elles savent bien à peu près d'où cela provient, mais elles ne manquent guère de consulter le médecin sur leur état. Or, si la jeune fille appartient à de braves ouvriers, la position du médecin est délicate, sinon embarrassante; il est toujours pénible de demander à une mère honnête si elle ne soupçonne pas que sa fille est enceinte. Alors, et jusqu'à ce que l'avenir ait tracé une règle de conduite, on est obligé de s'en tenir à des remèdes innocents.

Aussi, dans les premiers temps, nous avons dû nous méfier de la mille-feuille; nous ne l'avons ordonnée qu'avec prudence; mais plus tard nous avons appris que des femmes enceintes avaient fait usage de cette plante, croyant ne pas être dans cet état, et rien de fâcheux n'était survenu. Dès lors nous avons souvent moins hésité à l'administrer, quoique nous tenant toujours sur une certaine réserve et cherchant, autant que possible, à ne la donner que sur bonne indication.

Quand nous avons été amplement convaincu que l'action emménagogue de la mille-feuille était bien réelle, nous n'avons plus fait difficulté, dans les cas tant soit peu rebelles et où le retour du flux menstruel nous a paru indiqué, de nous aider de tous les autres moyens attractifs usités en pareille circonstance. Notre but, en effet, n'était pas de rechercher si cette plante pouvait faire mettre dans

l'oubli tous les autres moyens; tout ce que nous voulions, c'était appeler à notre aide sa vertu emménagogue, si elle existait, cela pouvant beaucoup servir au soulagement des malades et à la guérison de bien des maladies. A. RONZIER-JOLY, D. M.

à Clermont (Hérault.)

La fin au prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique de la cautérisation d'après l'enseignement clinique de M. le professeur BONNET (de Lyon), par le docteur R. PHILIPEAUX, ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Lyon, ancien prosecteur adjoint à la Faculté de Montpellier, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, etc.

(Ouvrage couronné par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.)

Il est peu de méthodes thérapeutiques dont la notion remonte à une plus haute antiquité que celle de la cautérisation, et l'aphorisme dans lequel le père de la médecine pose l'emploi du feu comme le dernier terme de l'activité de l'intervention de l'art est présent à l'esprit de tous. Que les médecins grecs et romains, et surtout les médecins arabes aient appliqué cette méthode de traitement à des lésions qui pouvaient guérir par des moyens plus simples et non moins efficaces, l'abus qu'ils ont fait de la cautérisation ne pouvait en faire proscrire l'usage. C'est surtout dans les plaies sanglantes que son emploi fut le plus général; aussi quand le génie d'Amb. Paré eut réhabilité la ligature des vaisseaux, la cautérisation au fer rouge fut peu à peu abandonnée, et lorsque les progrès de l'anatomie permirent de la proscrire définitivement des opérations, ce fut à qui la ferait rayer des moyens de traitement des maladies dans lesquelles son emploi restait toujours indiqué. Les douleurs provoquées par l'emploi du fer rouge prêtaient aux déclamations des critiques; ils oubliaient que dans les sciences il ne faut jamais engager l'avenir. Aussi, peu de temps après la découverte de l'anesthésie chirurgicale, M. le professeur Bouisson a-t-il pu écrire ces lignes : « Remarquons l'immense progrès que la méthode anesthésique a imprimé à la pyrotechnie chirurgicale. L'action du feu, si redoutée des malades, et dont l'emploi, abusif peut-être, a fait blâmer la pratique de certains opérateurs, pourra désormais reprendre dans la thérapeutique une place qu'on lui contestait, sous le prétexte que le remède est pire que le mal. Aujourd'hui ce reproche cesse d'être fondé et l'ustion des tissus, dont Hippocrate et les Arabes, et de nos jours Pouteau, Percy, Larrey, nous ont dit tant de merveilles, sera appliquée avec moins d'hésitation et plus de profit. »

La vérité a plus d'une voie pour se produire, et la méthode de la cautérisation n'avait pas dû attendre jusqu'à ces dernières années pour reconquérir la place qui lui était due. Les progrès sont solidaires dans les sciences; les découvertes de la chimie étaient venus fournir à la médecine de nouveaux moyens de destruction des tissus et dont la mise en œuvre évitait aux malades les craintes qu'éveille l'appareil d'une opération. Les succès de la méthode cautérisante ont éveillé le zèle de beaucoup d'expérimentateurs, et le nombre des agents caustiques n'a pas tardé à devenir considérable. Enfin, un moment est venu où l'on a senti le besoin de s'arrêter un instant dans cette marche incessante de l'expérimentation pour rassembler, coordonner et compléter, de manière à en faire un corps de doctrine, tous les travaux qui ont trait à la cautérisation. A la Société des sciences naturelles de Bruxelles revient l'honneur d'avoir tenté de combler cette lacune en mettant au concours cette importante question ; le mémoire de M. le docteur Philipeaux (de Lyon), qu'elle a couronné, y parvient de la façon la plus complète.

A Paris plus qu'ailleurs, le Traité pratique de la cautérisation de M. Philipeaux est destiné, qu'on nous passe l'expression, à frapper un grand coup en thérapeutique chirurgicale : nos jeunes docteurs doivent avouer en effet que leurs maîtres leur ont enseigné bien peu de chose sur les caustiques, et que, à défaut d'une systématisation complète de cette importante médication, les occasions sont rares où ils puissent être témoins de leur emploi dans les hôpitaux. Il n'en est pas de même à Lyon : M. Bonnet a épuisé dans ses mémoires, dans sa pratique, dans son enseignement, tous les détails de la méthode cautérisante, et le livre de M. Philipeaux a pour base principale les résultats de la vaste expérimentation de son maître.

Dans ce livre, on peut réellement distinguer trois parties : dans la première, l'auteur expose les caractères de la méthode cautérisante, ses avantages sur l'instrument tranchant, qui sont principalement d'exposer moins à l'hémorrhagie, de provoquer une inflammation toujours localisée, d'être en général à l'abri de l'érysipèle, du phlegmon diffus, de la décomposition putride et de l'infection purulente. La seconde partie est, pour ainsi dire, l'histoire naturelle des caustiques, c'est-à-dire l'analyse de leur action sur les tissus morts ou vivants, et, partant, leur classification. Cette classification est la suivante : caustiques *alcalins* (potasse, poudre de Vienne, etc.) essentiellement liquéfiants, attaquant l'épiderme; caustiques *métalliques* (dont le type est le chlorure de zinc) coagulants et antihémorrhagiques, respectant l'épiderme; caustiques *acides* (acides sul-

furique, nitrique), à propriétés intermédiaires entre celles des deux précédentes. En somme, toutes les cautérisations destructives peuvent être faites avec deux agents, la poudre de Vienne pour la peau, la pâte de chlorure de zinc ou pâte de Canquoin pour les tissus sous-cutanés. La troisième partie, de toutes la plus étendue, est l'histoire des applications caustiques suivant les maladies, les régions. C'est ainsi que l'auteur passe successivement en revue la cautérisation des varices, des hémorrhoïdes, des tumeurs érectiles, des anévrysmes, des tumeurs scrofuleuses, des cancers, des abcès, des os cariés, des ulcères, des fistules, etc., puis applique ces données à toutes les parties du corps.

Ce livre est digne de tous les éloges par la foi et la bonne foi qui l'ont dicté, les sources où la plupart des matériaux sont puisés, la netteté des descriptions. On peut néanmoins lui adresser quelques reproches. Ainsi, nous sommes plus que personne disposé à reconnaître tous les dangers de l'instrument tranchant ; mais quand on oppose à ce dernier l'action des caustiques, il faut se garder d'une exagération propre à mettre en défiance les chirurgiens. Les caustiques offrent une sécurité très-grande contre les accidents ordinaires des plaies, mais non une immunité absolue, et M. Philipeaux ne peut convaincre personne quand il dit : « Il a *toujours* été établi que, dans les cas malheureux, le caustique avait été établi ou trop tard ou incomplétement. » Dans l'application des caustiques à la cure des anévrysmes, malgré le fait si remarquable de M. Bonnet, nous aurions aimé à voir l'auteur mettre en avant quelques craintes, quelques restrictions. La vertu hémostatique de la pâte de Canquoin est sans doute fort puissante, et l'artifice par lequel la chute de l'escarre est retardée est fort précieux ; mais il semble que c'est en tremblant qu'un pareil moyen doit être employé et proposé, et malheur sans doute au praticien qui, en dehors de certaines circonstances fort exceptionnelles, recommencerait de pareils essais.

Quoi qu'il en soit, M. Philipeaux a attaché son nom à un ouvrage qui tiendra un rang considérable dans notre littérature chirurgicale et dont aucun praticien ne saurait se passer. La double palme académique qui est venue récompenser les efforts de notre laborieux confrère témoigne mieux que tout ce que nous pourrions dire du talent réel qu'il a développé dans l'examen de cette importante méthode de la cautérisation, et du service qu'il a rendu ainsi à la pratique de l'art. D'un autre côté, M. Bonnet, de Lyon, a donné un bon et rare exemple en confiant généreusement le fruit de ses travaux : tant d'autres se réfugient dans une sorte d'avarice scientifique

aussi préjudiciable à leur intérêt et à leur gloire qu'aux progrès mêmes de la science !

BULLETIN DES HOPITAUX.

Observations relatives a l'emploi du baume de copahu dans le traitement du psoriasis. — Pour qui connaît le caractère rebelle du psoriasis, pour qui se rappelle la facilité avec laquelle l'éruption revient après avoir été momentanément modifiée ou même guérie, il n'y a rien de surprenant que les dermatologistes soient à la poursuite de moyens plus sûrs et plus efficaces que ceux qui sont employés généralement. Sans doute, les préparations arsenicales rendent de signalés services dans certains cas ; mais plus souvent encore elles n'amènent pas de guérisons complètes et surtout durables ; heureux encore quand elles n'entraînent pas après elles des inconvénients ou des accidents graves : la diarrhée, l'amaigrissement, l'appauvrissement de la constitution, une sorte de cachexie. Sans doute, les moyens topiques ne sont jamais à dédaigner ; mais le goudron, l'huile de cade, ne font trop souvent que pallier en quelque sorte l'affection, faisant disparaître assez promptement la lésion locale, mais ne prévenant pas une rechute, même assez rapide. Nous avons donc été désireux de connaître le traitement que M. Hardy, médecin à l'hôpital Saint-Lonis, fait subir à ses malades affectés de psoriasis ; et ce traitement, dont l'annonce surprendra peut-être beaucoup de personnes, ne consiste en rien moins qu'en l'administration du copahu à l'intérieur.

M. Hardy commence en général le traitement par la dose de 3 grammes de baume de copahu environ ; puis, pendant la durée du traitement, il l'élève à 4 grammes et à 6 grammes. Le copahu est administré le matin à jeun et dans l'intervalle des repas. Ce traitement est continué ainsi pendant un certain temps, un mois au moins et quelquefois davantage. C'est ainsi que, lorsque le copahu a été employé seul, ou seulement avec des bains sur la fin du traitement, la durée totale de la cure a été d'environ trois mois.

M. Hardy se borne très-rarement à l'emploi du copahu : il l'a cependant employé seul avec succès dans certains cas ; mais en général il l'associe à des moyens locaux.

Veut-on savoir maintenant quels sont les résultats de ce traitement ? Le copahu détermine en général de la diarrhée ; mais cette diarrhée, très-bien supportée par les malades, ne les empêche pas ordinairement de manger, même avec appétit. Quant à l'érythème

copahique, il est extrêmement rare. L'éruption squameuse guérit ordinairement d'une manière générale, et l'amélioration n'est pas toujours plus marquée en commençant aux membres inférieurs, comme cela a lieu dans les autres traitements: le mieux se déclare d'abord dans les points les plus légèrement atteints et de là converge pour ainsi dire vers les lieux d'élection. Lorsque les écailles épidermiques se détachent, la peau subjacente est généralement saine, quelquefois encore un peu rouge. Le psoriasis en plaques se convertit en psoriasis circiné, la guérison commençant par le centre de la plaque, et le psoriasis circiné se transforme lui-même en guttata.

A l'appui du traitement qui précède, nous emprunterons à la thèse d'un des élèves de M. Hardy, M. le docteur Paul Dupuy, les observations suivantes :

Obs. I. M. X., employé des eaux et forêts (pavillon Gabrielle, nº 10), entré à l'hôpital Saint-Louis depuis deux ou trois mois pour un psoriaris, et traité par les moyens ordinaires, arsenicaux, bains, pommades, conservait une petite plaque psoriasique persistante sur l'épaule gauche. Le 12 février, la solution arsenicale est remplacée par 3 à 4 grammes de baume de copahu; huit jours après, la plaque a presque disparu et le malade était guéri au bout de trois semaines (il a éprouvé une action laxative du copahu).

Obs. II. R., employé de l'enregistrement (pavillon Gabrielle, nº 13), âgé de quarante-neuf ans, d'une bonne santé habituelle, a un frère atteint de psoriasis et un père qui a été atteint également d'une affection dartreuse. A l'âge de vingt ans, première éruption, qui a disparu d'elle-même au bout de quelques mois; depuis, il est survenu des éruptions de loin en loin; mais, à partir de 1840, le psoriaris a toujours persisté, tantôt dans un point, tantôt dans un autre.

Il entre à l'hôpital Saint-Louis au mois de novembre 1855; il avait alors des plaques psoriasiques sur les coudes, les genoux, les lombes, le cuir chevelu, les oreilles : traité par la solution arsenicale, bains de vapeur, bains sulfureux et alcalins, pommades à l'huile de cade, puis au proto-iodure de mercure.

Le 28 février, le psoriaris persistait sous forme de larges plaques aux coudes, aux genoux, aux lombes; il y avait cependant beaucoup moins de squames. On prescrit le baume de copahu à la dose de 3 gr., et elle est graduellement élevée jusqu'à 6 grammes. Les moyens locaux sont continués, la solution arsenicale seule est supprimée. Au bout de huit jours, résultat appréciable, et le 25 mars, le malade

sort parfaitement guéri, après avoir été toujours purgé par le copahu. Revu le 11 juin, le malade n'offre aucun indice de récidive.

Dans l'observation suivante, la guérison est encore plus remarquable, puisque le médicament n'a pas été suivi d'action purgative et qu'aucun moyen topique ne lui a été associé.

Obs. III. P., serrurier, âgé de trente-trois ans, entré le 8 mars 1856 (salle Henri IV, n° 52). Bonne constitution, rien à noter sous le rapport de l'hérédité; sa maladie remontait à cinq semaines. Psoriaris en plaques et guttata ayant son siége aux coudes, aux bras, aux avant-bras, aux genoux, aux jambes, aux cuisses; démangeaisons très-vives pendant la nuit.

Le 10, M. Hardy prescrit l'opiat de copahu, 4 grammes, et la dose est ensuite progressivement élevée à 6 grammes.

Le 15, il y a déjà une amélioration sensible. Les *guttæ* ont moins de largeur et sont en grande partie effacées sur plusieurs points; moins de squames; à peine des démangeaisons.

Le 3 avril, presque plus rien aux cuisses, aux bras, à la face postérieure de la jambe, au niveau du mollet; partout ailleurs, moins de saillie et moins de squames.

Le 15, l'amélioration se soutient; affaissement général des plaques dans les points où les squames se sont détachées; il y a surtout aux avant-bras une sorte de vitiligo partiel. Lorsqu'une squame vient à tomber, la peau se montre au-dessous parfaitement saine, ainsi que le remarque le malade lui-même.

Le 15 mai, il n'y a plus de psoriasis qu'aux lieux d'élection et sur le devant des jambes, où il existe encore une plaque. Le 1er juin, il n'y a plus rien au bras et à la jambe gauche; quelques squames encore au genou et au coude du côté droit. Le 15, le coude droit est complétement guéri, mais il reste encore quelques squames sur le genou du même côté.

Le 20, le malade sort sur sa demande. Pendant toute la durée du traitement, les fonctions digestives se sont régulièrement accomplies, les selles n'ont pas même été plus fréquentes que d'habitude.

Ce traitement soulève, comme ceux qui l'ont précédé, quelques questions qu'il est encore prématuré de vouloir résoudre. Ainsi les récidives ont-elles lieu et sont-elles plus communes après ce traitement qu'après les autres? Ce traitement pourra-t-il être supporté par tous les malades? N'y aura-t-il pas un certain nombre de cas rebelles à l'action du copahu comme à celle de toutes les autres médications? Il n'y aurait sans doute rien de surprenant à ce que ce

traitement trouvât un certain nombre de cas rebelles, ne fût pas supporté par tout le monde et comptât aussi quelques récidives ; mais la question de son efficacité une fois résolue, la plus importante question qui se présente est celle des récidives : à cet égard, il faut encore du temps pour que la science puisse être fixée. Maintenant, le copahu a-t-il ou non une action spécifique sur le psoriasis? Cette question nous touche peu ; mais nous avons peu de répugnance à la résoudre par l'affirmative, persuadé que nous sommes qu'il y a bien plus de spécifiques dans la matière médicale qu'on ne le croit généralement, et qu'en somme, le copahu se comporte dans cette circonstance presque de la même manière que l'arsenic, à qui personne ne songe cependant à contester son action spécifique dans les affections squameuses de la peau.

Recherches sur les effets anesthésiques de l'amylène (1). — L'histoire de l'amylène s'enrichit de faits nouveaux qui permettent de mieux apprécier la valeur générale de cet anesthésique et ses indications particulières.

Nous ajouterons quelques remarques à celles que nous avons déjà exposées. Ces recherches porteront sur les points suivants : 1° pureté de l'amylène; 2° mode d'amylénation; 3° application à l'obstétricie et emploi médical; 4° anesthésie chez les enfants.

Pureté de l'amylène. — Cette question est capitale; elle est complexe et plus difficile à résoudre qu'on ne le supposait au premier abord.

M. Hepp, dans sa première note, avait recommandé le lavage au moyen de l'acide sulfurique. Des expériences multipliées et faites en grand lui ont bientôt démontré que l'action de l'acide sulfurique ne tardait pas à altérer l'amylène et même à détruire cette substance. Quand on lave l'amylène avec un cinquième d'acide sulfurique, on obtient un produit volatil dont l'odeur n'est déjà plus celle de l'amylène pur ; ce produit présente à un faible degré une arrière-odeur de bois de sassafras, qui persiste un instant après que l'odeur véritable de l'amylène s'est dissipée.

Si le mélange se fait à proportions égales, l'amylène se décompose, il se dégage de l'acide sulfureux, et il ne reste plus aucune

(1) Nous empruntons à la Gazette médicale de Strasbourg le nouveau travail publié par M. Tourdes ; nous supprimons seulement les passages dans lesquels le savant professeur veut bien rappeler quelques-unes de nos conclusions. (*Note du Rédacteur en chef.*)

trace de l'odeur de l'amylène. Le résidu est un corps tout à fait différent, sur la nature duquel M. Hepp n'est pas encore fixé.

Il résulte de ces expériences que le lavage par l'acide sulfurique doit être abandonné, ou, du moins, n'être employé qu'en faible proportion au début de l'opération. La distillation répétée est le seul moyen rationnel et certain d'obtenir de l'amylène pur. Il conviendra de fractionner les produits et de recueillir seulement les parties les plus volatiles. L'amylène ne pourra qu'y gagner sous le rapport de sa pureté et de son odeur. M. Debout a constaté le même fait.

Point d'ébullition.—Cette question, qui semblait résolue, est encore un objet de controverse. Le point d'ébullition doit se trouver, d'après M. Hepp, entre 20 et 30 degrés, sans qu'il ait pu jusqu'ici le fixer d'une manière précise. La substance qu'on a employée pour ces recherches était aussi pure que possible ; elle était rendue telle par de nombreuses distillations avec fractionnement des produits.

On a constaté les faits suivants : à 20 degrés, l'ébullition commence ; elle atteint son maximum entre 30 et 35 degrés ; elle continue sans interruption jusqu'à 40 degrés et même au delà, sans qu'il soit possible de déterminer avec fixité le point où, l'ébullition continuant, la température cesse de s'élever. M. Debout a aussi constaté la variabilité du point d'ébullition.

L'amylène change-t-il de nature pendant l'ébullition, comme beaucoup d'hydro-carbures ? Rien, il est vrai, ne le démontre jusqu'ici ; mais bien des raisons portent M. Hepp à admettre ce fait au moins comme très-probable.

On a recueilli séparément l'amylène distillé à 33 degrés et au-dessous, et l'amylène obtenu à une température supérieure s'élevant jusqu'à 35 degrés, et même au delà. Le premier produit avait une odeur plus faible et plus suave ; c'est l'amylène employé à Strasbourg pour l'usage médical.

La pureté du produit ne s'établira donc que difficilement par le point d'ébullition, qui n'est pas assez fixé pour pouvoir servir de règle. La densité fournira sans doute des indices, mais elle pourra varier suivant le fractionnement des produits. Les indications manquent encore pour caractériser un amylène *type*.

On cherchera à saisir par l'odorat si l'évaporation d'une petite quantité d'amylène sur la main ne donne pas la sensation de produits de nature différente. Des distillations répétées sont jusqu'ici la seule garantie de la pureté de l'amylène. On s'apercevrait avec

une grande facilité de l'addition de substances étrangères, telles que l'alcool ou le chloroforme.

M. Hepp obtient maintenant avec facilité et à prix réduit de grandes masses d'amylène. Il se sert du chlorure de zinc à l'exclusion de toute autre substance; ce chlorure est à un point de concentration tel qu'il se prend en masse par le refroidissement. Ce corps est laissé en contact avec l'alcool amylique pendant deux jours, en maintenant les deux corps en solution à une faible température; puis on procède à une première distillation qui dégage tous les produits volatils; une deuxième distillation se fait jusqu'à 100 degrés; une troisième jusqu'à 50. On termine entre 25 et 33 degrés, en recueillant les parties les plus volatiles. Le prix de revient de l'amylène, préparé au laboratoire des hospices civils de Strasbourg, est de 16 à 18 fr. le kilogramme; c'est le prix du chloroforme absolu, à 1500 degrés de densité, préparé dans le même établissement. On voit que le prix de l'amylène n'est plus un obstacle à l'emploi général de cette substance.

Mode d'emploi. — La grande volatilité de l'amylène est une difficulté dans l'application. Des précautions doivent être prises pour éviter les trop fortes déperditions d'amylène et pour concentrer les vapeurs à l'entrée des voies respiratoires. La plupart des médecins qui ont noté les quantités employées pendant leurs opérations parlent de doses qui varient entre 30 et 100 grammes et même de quantités supérieures. Plusieurs observateurs ont échoué dans leurs tentatives, par suite de la grande volatilité de cette substance et de l'imperfection du procédé opératoire; il importe donc de régler les conditions de son emploi.

Est-il nécessaire, pour appliquer l'amylène, d'avoir recours à des appareils analogues à ceux que l'on a employés pour l'éther? peut-on, au contraire, administrer cette substance à l'aide des moyens si simples qui sont usités pour le chloroforme?

Cette question est importante à résoudre; il y va peut-être de l'avenir de la médication; nous croyons que la nécessité d'un appareil en restreindrait de beaucoup l'usage.

Une distinction doit être faite entre les enfants et les adultes. Pour les premiers, la question nous paraît résolue : à l'aide d'une éponge placée dans un cornet de toile cirée, ouvert à la pointe pour laisser passer l'air, et peu profond, afin que l'éponge soit rapprochée de la bouche et des narines, on obtient l'anesthésie avec certitude et rapidité.

L'évaporation est ici beaucoup moins rapide qu'avec un cornet de papier ou une simple compresse ; en effet, l'éponge, qui se couvre rapidement de glace quand elle est placée dans du papier ou du linge, en présente beaucoup moins dans le cornet en toile cirée. Sans doute, nous avons consommé avec cet appareil d'assez grandes quantités d'amylène, 55, 20 et 15 grammes pour les enfants, mais avec un peu d'économie, nous en aurions usé beaucoup moins ; dans les opérations de ce genre, on ne s'attache guère à ménager la substance, et la quantité employée ne correspond en aucune façon à la quantité utilisée. Je ne doute pas qu'avec des précautions, on ne descende bien au-dessous de 15 grammes. Je proposerais sans hésitation ce procédé bien simple ou tout autre analogue pour amyléner les enfants.

Pour les adultes, le problème est plus difficile, et peut-être n'est-il pas encore entièrement résolu. Il est de toute évidence qu'avec le mouchoir ou la compresse, comme pour le chloroforme, on ne réussira pas, à moins d'employer d'énormes quantités d'amylène. Cette facilité d'administration constitue pour le chloroforme un avantage immense qui, dans la pratique, contre-balance bien des inconvénients; mais il serait vivement à regretter qu'un obstacle de ce genre empêchât la propagation d'une découverte utile, et que la considération de l'innocuité fût moins forte que celle de la facilité de l'application.

Au moyen d'une éponge entourée d'une compresse plus ou moins doublée de toile cirée, M. le professeur Rigaud a souvent réussi. Dans six cas, le succès a été complet, mais dans trois autres, l'amylénation a été insuffisante ; on a dû même, pour une amputation de jambe, quitter l'amylène pour recourir au chloroforme. M. le professeur Schützenberger a produit l'anesthésie chez une adulte en deux ou trois minutes, et à deux reprises, avec 25 grammes d'amylène versés sur une éponge entourée d'une compresse.

M. le docteur Debout se prononce en faveur des appareils. L'emploi de l'appareil Charrière, dont on a doublé le nombre des tours du diaphragme contenu dans le corps afin d'offrir une plus grande étendue d'évaporation, permet de réaliser une notable économie d'amylène.

L'emploi des appareils est une difficulté et un embarras ; est-il certain que ce ne soit pas un péril? Il faut éviter avec le plus grand soin dans l'anesthésie tout ce qui peut gêner la respiration, et peut-être, sous ce point de vue, les appareils présentent-ils quelques inconvénients. Pour le malade, ils sont un objet de préoccupation;

sinon de crainte; pour le médecin, c'est une complication dont il cherchera toujours à s'affranchir.

Cette discussion est importante pour l'avenir de la méthode, nous la résumerons en ces termes : pour les enfants, la question nous paraît résolue; l'appareil est inutile, l'éponge et le cornet de toile cirée suffisent; pour les adultes, on peut anesthésier de la même manière, mais l'intervention d'un appareil rendra peut-être l'anesthésie plus facile et plus prompte, en régularisant l'emploi de l'amylène; c'est à l'expérience à déterminer ce point de pratique.

Application à l'obstétricie. — En Angleterre, l'amylène a été employé avec succès pour annihiler la sensation des douleurs à la dernière période des accouchements; on n'a pas remarqué que l'anesthésie ait eu pour effet d'empêcher ou d'affaiblir les contractions de l'utérus.

Deux essais d'amylénation ont été tentés à la clinique obstétricale de M. le professeur Stoltz.

Obs. I. *Accouchement; anesthésie incomplète; douleurs non perçues pendant les dernières contractions.* — Madeleine W., âgée de vingt-six ans, enceinte pour la seconde fois, entre à l'hôpital le 25 février. Le travail a commencé à deux heures de l'après-midi, le col est effacé, l'orifice est dilaté, la tête fait saillie au détroit supérieur. Le travail continue régulièrement. A une heure et quart du matin, au moment où la tête s'engage dans l'excavation, M. Lévy, interne de service, a recours à l'amylène; on verse cette substance dans un sachet formé avec une compresse et doublé à l'extérieur de toile cirée : la femme pousse quelques cris; elle se roidit; après cinq minutes d'inhalation, on observe un commencement d'anesthésie. Une contraction de la matrice survient alors, et la femme pousse quelques plaintes, beaucoup moins vives que d'habitude. A une heure et demie, nouvelle application d'amylène : en cinq minutes, la femme commence à perdre connaissance; une contraction survient et arrache quelques gémissements. A deux heures, la tête se dégage pendant une troisième inhalation, qui produit aussi un commencement de perte de connaissance; la femme pousse un cri au moment où l'accouchement se termine. Interrogée sur ses sensations, elle dit avoir éprouvé des vertiges, des tintements d'oreilles, un sentiment de brûlure dans le pharynx; elle se rappelle tout ce qui s'est passé, mais elle n'a pas ressenti de douleur. L'enfant est vivant et bien constitué. On a produit à trois reprises, dans cette observation, une anesthésie incomplète, passagère, mais suffisante pour détruire, ou du moins pour atténuer notablement la sensation de la douleur. Les contractions utérines n'ont pas été influencées par l'amylène.

Obs. II. *Lenteur du travail; amylénation incomplète; application du forceps.* — Catherine H., âgée de vingt-quatre ans, enceinte pour la seconde fois, entre à l'hôpital le 14 mars. Le travail dure depuis quarante-huit heures; il a commencé par l'écoulement des eaux. Les contractions sont rares et lentes; mais à chacune d'elles, la tête paraît à la vulve. M. le professeur Stoltz croit le moment venu d'appliquer l'amylène, pour épargner à la femme les dernières douleurs de l'accouchement. On emploie, comme dans l'observation précédente, une

compresse doublée à l'extérieur de toile cirée et pliée en forme de sac. Au bout de quelques minutes d'inspiration, la femme s'agite et veut arracher l'appareil ; après dix ou quinze minutes, elle est prise d'une espèce d'ébriété, à la suite de laquelle elle s'affaisse sans perdre connaissance et sans tomber dans la résolution musculaire. Aucune contraction de l'utérus ne s'est produite pendant toute l'amylénation ; des frictions assez vives exercées sur cet organe ne déterminent aucune douleur expulsive ; la matrice se durcit un instant pour se relâcher aussitôt. M. Stoltz constate que les battements du cœur du fœtus sont descendus à 60 pulsations par minute ; il se décide à terminer l'accouchement par l'application du forceps ; cette opération est faite avec célérité et sans efforts, la femme ne sent pas l'introduction de l'instrument ni les deux tractions que nécessite la sortie de l'enfant : ses déclarations sont formelles sur ce point. Pendant l'amylénation elle a éprouvé des vertiges et de la sécheresse dans la bouche. L'enfant était vivant, mais faible et assez loin du terme. Quelques instants après sa naissance, il tombe dans un état d'asphyxie, dont on le retire promptement.

Deux jours après l'opération, la femme est atteinte de péritonite ; M. Stoltz a noté, comme un symptôme rare dans cette affection, la sécheresse de la langue et des lèvres. Ce symptôme a-t-il quelque rapport avec l'action de l'amylène, qui n'active pas comme le chloroforme la sécrétion des glandes salivaires, et qui a paru dessécher la bouche de la malade ?

Il est douteux que l'amylène ait été pour quelque chose dans la lenteur des contractions utérines et dans le commencement d'asphyxie éprouvée par l'enfant. L'accouchement était prématuré ; le travail durait depuis quarante-huit heures, avant qu'on employât l'amylène.

Ces deux faits ne sont qu'une première tentative, suivie d'une réussite incomplète, mais qui autorise de nouveaux essais.

Emploi médical. L'amylène peut être employé dans un but médical. Nous ne doutons point que cette substance ne soit appelée à rendre des services dans un certain nombre de maladies ; elle remplacera avec avantage le chloroforme dans les cas où il importera de s'en tenir à une anesthésie superficielle et qui se dissipe rapidement. M. le professeur Schützenberger a bien voulu nous communiquer l'observation suivante :

Obs. III. *Contracture périodique des membres ; amylénation ; cessation et retour des accidents ; diminution de la durée d'une attaque.* — X., âgée de vingt-deux ans, est atteinte depuis quelques mois d'attaques périodiques de contractures qui occupent les extrémités inférieures et envahissent quelquefois les membres supérieurs. Ces accidents paraissent dus à une affection chronique des enveloppes de la moelle épinière. Ces attaques se reproduisent environ tous les quinze jours. Abandonnées à elles-mêmes, elles durent environ douze heures ; on les fait disparaître assez promptement, en produisant l'anesthésie à l'aide du chloroforme ; à la dernière attaque cependant, les contractions sont revenues à trois reprises différentes, après la cessation de l'anesthésie.

Le 18 mars, l'attaque commence à sept heures et demie du matin ; le membre inférieur gauche est contracté violemment ; la cuisse est fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse ; la contracture s'étend aux orteils ; la sensibilité est

complétement abolie. Au lieu d'employer comme d'habitude le chloroforme, M. le professeur Schützenberger se sert de l'amylène ; 10 à 12 grammes de ce liquide sont versés sur une éponge fixée au fond d'une compresse.

Au bout de deux à trois minutes, l'anesthésie est complète ; elle s'est produite aussi rapidement au moins qu'à l'aide du chloroforme. Pendant l'opération on remarque quelques spasmes des muscles pharyngiens ; la résolution est précédée par quelques efforts de vomissements. Les contractures cessent sous l'influence de l'amylène ; la malade reste plongée dans le sommeil anesthésique pendant une minute, à partir du moment de la résolution ; l'intelligence reparaît la première, les réponses sont justes immédiatement.

Au bout de cinq minutes, les contractures se reproduisent avec la même intensité qu'avant l'opération.

Une nouvelle application de l'amylène est essayée avec une même dose de cette substance ; mais cette tentative n'est pas poussée jusqu'à l'anesthésie, en raison des spasmes assez forts qui surviennent. Pendant les deux inhalations, le pouls ne s'est pas sensiblement accéléré ; on n'a remarqué aucune trace de cyanose. L'attaque de contracture s'est prolongée jusque vers midi ; sa durée ordinaire a été abrégée, et la malade n'a éprouvé aucun accident consécutif.

De l'anesthésie chez les enfants. — L'efficacité de l'amylène pour produire l'anesthésie chez les enfants nous paraît acquise à la pratique médicale. Nous allons exposer les faits sur lesquels cette opinion repose, et déduire de ces faits quelques conclusions sur la valeur de l'amylène et sur les indications de cet agent.

Obs. IV. *Enfant de sept mois ; phimosis et ulcération du prépuce ; amylénation pendant huit minutes ; circoncision.* — Eugène K., âgé de sept mois, est apporté à l'hôpital le 7 mars ; il est atteint de phimosis congénial, avec balanite et gonflement du prépuce, qui porte à son bord libre une ulcération à fond induré. Le scrotum présente à sa partie antérieure deux ulcérations superficielles ressemblant à des pustules muqueuses. L'ouverture du prépuce est très-étroite ; l'émission des urines est accompagnée de vives douleurs. La santé générale n'est pas altérée.

L'opération de la circoncision est décidée ; M. le professeur Michel veut bien se charger de la pratiquer.

Pour amyléner l'enfant, j'emploie un cornet de toile cirée, au fond duquel est une éponge imbibée d'amylène. Le sommet du cornet laisse un libre passage à l'air ; la partie évasée est appliquée sur la face, de manière à couvrir la bouche et les narines.

Le petit malade résiste, pleure et se fâche, sans montrer cependant une vive répugnance. Ses cris s'affaiblissent peu à peu, et au bout d'une minute et trois quarts il s'endort, les yeux entr'ouverts, la respiration accélérée, à 80 environ. Ce sommeil n'est pas accompagné d'une résolution musculaire complète, mais les membres ne sont pas roidis. On éloigne l'amylène et on commence l'opération. Le prépuce est enlevé pendant cette première période d'anesthésie ; mais en moins d'une minute la respiration s'accélère, et le petit malade donne des signes de sensibilité. On verse sur l'éponge une nouvelle quantité d'amylène, et le cornet est de nouveau appliqué sur la face. En moins d'une minute, le sommeil se produit de nouveau. M. Michel profite de ce moment pour exciser les lambeaux de la muqueuse ; l'amylène est éloigné, et cette fois l'anesthé-

sie dure au moins une minute et demie. La respiration s'accélère de nouveau, et l'enfant recommence à s'agiter. L'amylène appliqué une troisième fois éteint la sensibilité; le petit malade redevient immobile; on place trois épingles qui servent à réunir la muqueuse à la peau. Le sommeil se prolonge pendant plus de deux minutes. Une quatrième application de l'amylème est faite pour faciliter le pansement; elle détermine une anesthésie un peu plus longue que la précédente : l'enfant se réveille à demi, et il reste deux ou trois minutes sans se plaindre, regardant autour de lui, presque immobile, sans s'opposer au pansement que l'on achève. Bientôt revenu complétement à lui, il s'agite et pousse des cris comme avant l'opération. Cette agitation dure un quart d'heure environ, et les cris sont évidemment occasionnés par la douleur. Le petit malade se calme enfin et il reste tranquille dans son lit, sans qu'on n'observe aucun effet consécutif à l'action de l'amylène.

L'opération a duré en tout huit à neuf minutes; 35 grammes d'amylène ont été employés. On cessait l'application dès que le sommeil était produit, et l'anesthésie, provoquée à quatre reprises, a duré en tout environ huit minutes. La résolution des membres n'a pas été complète, mais on a obtenu une immobilité suffisante, sans roideur des muscles, et la sensibilité a été complétement éteinte. Il n'y a pas eu de nausées; l'enfant avait pris une soupe au lait deux heures avant l'opération. Les yeux sont restés à demi ouverts; le globe de l'œil s'est légèrement convulsé en haut. La respiration a été très-accélérée, à 84 par minute au maximum; elle devenait haletante au moment où la sensibilité allait reparaître.

Comme on n'avait pas besoin d'une insensibilité prolongée, on retirait l'amylène dès que l'enfant s'endormait, l'appliquant de nouveau aux premières traces du retour de la sensibilité. La durée de l'anesthésie variait chaque fois d'une à deux minutes. A la troisième et à la quatrième application, elle s'est prolongée plus longtemps qu'à la seconde et à la première; on aurait pu facilement produire un sommeil plus profond et plus durable, en continuant l'action de l'amylène. Mais le but était atteint : obtenir une anesthésie suffisante pour une opération de courte durée, il était inutile d'aller au delà.

Obs. V. *Enfant de quatre ans; ophthalmie granuleuse; amylénation pendant quatre minutes; cautérisation.* — Catherine B., âgée de quatre ans, affaiblie par une diarrhée chronique, est atteinte d'ophthalmie granuleuse. Les paupières se tuméfient, la conjonctive palpébrale suppure, la photophobie est extrême. Le 16 mars on se décide à cautériser les granulations.

J'emploie pour amyléner la malade un cornet en toile cirée, au fond duquel est une éponge; le cornet n'est pas très-profond, pour que l'éponge soit rapprochée de l'entrée des voies respiratoires: la partie évasée embrasse la bouche et les narines; la pointe est percée de quelques trous pour laisser entrer l'air. L'éponge est imbibée d'amylène et l'appareil est appliqué; l'enfant pleure et résiste, sans manifester une vive répugnance. Au bout d'une minute, ses cris ont cessé; il devient insensible et immobile, sans résolution musculaire. On enlève le cornet et on examine les paupières; presque aussitôt la petite malade donne des signes de connaissance. L'appareil est appliqué de nouveau, imbibé d'une seconde dose d'amylène. En moins d'une minute l'insensibilité se reproduit et on cautérise les deux paupières de l'œil droit. On avait enlevé l'appareil, et l'enfant commence à se remuer de nouveau. On applique l'amylène une troisième fois; la sensibilité s'éteint rapidement, l'autre œil est cautérisé. Au bout d'une

demi-minute le réveil commence, en une minute la parole est revenue. Trois minutes après, l'intelligence est complète, l'enfant pousse des cris et il accepte en même temps un bonbon qu'il a soin de serrer bien fort, tout en continuant à se plaindre. L'opération a duré en tout quatre minutes, pendant lesquelles on a maintenu l'anesthésie en usant 20 grammes d'amylène; avec un peu d'économie, on aurait pu en employer beaucoup moins. L'insensibilité était accompagnée d'une immobilité à peu près complète, sans résolution musculaire. Il n'y a pas eu de contractures ni de frémissements fibrillaires, point de nausées ni de salivation. La respiration a été accélérée, le pouls fréquent. On a encor remarqué que l'enfant devenait haletant au moment où la sensibilité commençait à revenir.

Obs. VI. *Enfant de deux ans et demi : contusion grave de la cuisse; amylénation pendant cinq minutes; diagnostic.* — Salle 67, n° 30. Marie B., âgée de deux ans et demi, forte et bien constituée, tombe de son lit le 16 mars; le lendemain on l'apporte à l'hôpital. L'enfant éprouve de vives douleurs dans la cuisse droite, qui présente un gonflement notable; on soupçonne une fracture. L'exploration du membre est douloureuse et arrache des cris à la petite malade. Le 18 mars, on procède à l'amylénation pour arriver à un diagnostic précis. M. le professeur Michel nous assiste dans cette opération. L'amylène est versé sur l'éponge placée dans le cornet en toile cirée; on l'applique sur la bouche et sur les narines; l'enfant pleure sans manifester de répugnance contre l'amylène; il est avant tout préoccupé de la crainte que l'on ne touche au membre blessé. Il tousse une fois; au bout d'une minute, les cris cessent; en deux minutes, l'insensibilité est produite, les yeux se tournent en haut et en dedans. La résolution musculaire n'est pas complète, les membres ne présentent pas de roideur; la respiration est accélérée. On éloigne l'amylène, et en une demi-minute la sensibilité tend à revenir. L'amylène est appliqué de nouveau; presque aussitôt l'anesthésie reparaît, et cette fois on observe un commencement de résolution des membres. Le sommeil se prolonge pendant environ cinq minutes. On constate l'absence de fracture. Une minute après l'amylénation, la malade recommence à crier; deux minutes après, elle a repris toute son intelligence; elle accepte une friandise, tout en continuant ses plaintes, qui ne tardent pas à s'apaiser. On a employé pendant l'opération 15 grammes d'amylène.

M. Rigaud a produit une anesthésie complète sur trois enfants âgés de douze et de quatorze ans.

Obs. VII. Salle 34, n° 21. Adèle W., âgée de douze ans, atteinte de pied-bot, est anesthésiée à l'aide de l'amylène que l'on verse sur une éponge entourée d'une compresse doublée de toile cirée. Au bout de trois minutes, l'anesthésie est complète; on coupe le tendon d'Achille. On éloigne l'amylène, et la sensibilité commence à revenir; l'amylène est appliqué de nouveau; il se manifeste un peu de roideur musculaire, bientôt remplacée par une complète résolution des membres. L'application de l'amylène est continuée jusqu'à la fin de l'opération, pendant laquelle on opère la section de l'aponévrose plantaire et de l'adducteur du gros orteil. L'anesthésie a duré en tout huit minutes; elle se prolonge encore pendant une minute après que l'amylène a été éloigné. La malade revient à elle, sans se rendre compte de ce qui s'est passé; au bout de deux minutes, elle est complétement réveillée et elle sent la douleur des sections. Il n'y a pas eu de nausées. La malade avait pris du lait une heure avant l'opération.

Obs. VIII. Salle 34. Marie L., âgée de quatorze ans, atteinte de panaris, accepte l'amylène sans hésitation; au bout de trois minutes, on observe un peu de roideur musculaire, les yeux se convulsent; presque aussitôt l'anesthésie est complète, le sommeil est tranquille; on incise le panaris. L'amylène éloigné, la malade revient promptement à elle; elle raconte ses rêves; elle ignore que l'opération a été faite; quelques minutes seulement après le réveil, le doigt incisé redevient douloureux. On a noté comme phénomènes consécutifs un peu de céphalalgie et quelques nausées qui se sont dissipées promptement.

Résumé et conclusions. — Ces différentes observations ne laissent aucun doute sur l'efficacité de l'amylène pour produire l'anesthésie chez les enfants. Nous résumons en quelques lignes les avantages de cet agent.

Les enfants acceptent l'amylène sans aucune répugnance; l'odeur de cette substance n'irrite ni ne fatigue les voies respiratoires. Aucun appareil n'est nécessaire pour endormir les petits malades; une éponge dans un cornet de toile cirée, entr'ouvert au fond, suffit pour appliquer l'amylène.

L'action anesthésique est rapide; la résistance dépasse rarement une ou deux minutes.

L'insensibilité est complète, sans qu'on ait besoin d'aller jusqu'à la résolution musculaire. Il est bien plus facile avec l'amylène qu'avec le chloroforme de ne pas dépasser les effets que l'on veut produire; de s'en tenir à une anesthésie passagère et superficielle, proportionnée au but qu'il s'agit d'atteindre. Nous insisterons sur cette différence, très-importante dans l'anesthésie des enfants: avec le chloroforme, on va souvent plus loin qu'on ne le veut, on détermine une anesthésie profonde, une complète résolution des membres, tandis qu'avec l'amylène, on est à peu près certain de ne pas produire ces effets, quand on ne cherche pas à les obtenir par des inhalations persistantes.

Si l'on a besoin d'une anesthésie profonde accompagnée de résolution musculaire, ce résultat peut encore être atteint au moyen de l'amylène, en prolongeant suffisamment son action. M. le docteur Debout a maintenu un malade pendant trois quarts d'heure dans l'insensibilité; mais ici se retrouve encore une différence importante entre cette substance et le chloroforme. Dès que le malade cesse de respirer l'amylène, les effets de cet agent diminuent avec rapidité; l'insolubilité absolue et la volatilité excessive de ce corps ont pour résultat une élimination rapide et une prompte diminution des symptômes.

Avec le chloroforme, au contraire, dont la volatilité est beaucoup moindre, les effets se prolongent davantage; quelquefois ils s'aggra-

vent encore, après que les inhalations ont cessé. On voit souvent chez les enfants le sommeil se prolonger inutilement pendant vingt minutes, pendant une demi-heure même après l'opération. L'anesthésie est une diminution de la vie, un pas vers la mort; il importe de ne pas prolonger au delà de ce qui est nécessaire une situation toujours périlleuse.

Le réveil est complet et rapide. A la suite d'une anesthésie de courte durée, ne dépassant pas six à huit minutes, deux ou trois minutes suffisent pour rendre à l'enfant la plénitude de ses facultés. Le temps nécessaire est un peu plus long quand le sommeil a duré davantage. Jusqu'ici, on n'a observé aucun accident consécutif. L'élimination est rapide et les traces de l'amylène s'effacent promptement. Tout porte à croire qu'une amylénation prolongée ne produira aucune lésion secondaire; même avec le chloroforme, les phénomènes consécutifs sont peu prononcés dans l'enfance. Moins d'une heure après une anesthésie profonde, j'ai souvent vu les petits malades installés à leurs jeux ou faisant paisiblement leur repas.

Un fait accessoire nous paraît constituer encore un avantage évident en faveur de l'amylène, c'est l'absence ou du moins la grande rareté des nausées et des vomissements, constatée par tous les observateurs. Je n'ai jamais vu ces accidents se produire, les petits malades n'étant anesthésiés que deux ou trois heures après les repas. M. Giraldès n'a constaté de vomissements ni même de nausées dans aucune des vingt-cinq observations qu'il a recueillies, même dans les cas où les enfants avaient mangé peu de temps avant l'amylénation. Ce dernier fait est caractéristique et présente en pratique une véritable importance.

Quoique rare, ce phénomène peut cependant se présenter. MM. Rigaud et Schützenberger ont vu les nausées se produire et M. Debout signale aussi la possibilité de cet inconvénient.

Avec le chloroforme, au contraire, les nausées et les vomissements sont chez les enfants des symptômes très-ordinaires. On s'expose à des inconvénients graves en chloroformant un enfant qui n'est pas complétement à jeun. Deux ou trois heures après les repas, j'ai encore vu des vomissements se produire. Les nausées commençaient au début de l'anesthésie, ou bien au moment où la stupeur diminuait. Les matières sortaient en bavant de la cavité buccale, pendant que l'enfant était encore privé de connaissance. Ce spectacle avait quelque chose de pénible et d'effrayant. Aucun accident ne s'est produit, mais il était naturel de redouter l'introduction des aliments dans les bronches. J'avais fini par adopter comme règle

absolue de laisser les enfants à jeun pendant quatre heures au moins avant d'appliquer le chloroforme. L'amylène présente sous ce point de vue un avantage incontestable ; il fait naître un danger de moins et il permet de recourir à l'anesthésie à une époque plus rapprochée des repas.

L'innocuité de l'amylène est indiquée théoriquement par l'insolubilité et la volatilité de cette substance ; elle est physiologiquement démontrée par les expériences sur les animaux. Nous avons vu les lapins succomber à l'action du chloroforme et à celle de l'éther dans des conditions où ils résistaient à l'amylène. La supériorité de l'amylène sur l'éther vient d'être mise complétement hors de doute par M. le docteur Debout.

Les observations recueillies sur l'homme ne sont pas encore assez nombreuses pour attester pratiquement la supériorité de l'amylène sous le point de vue de l'innocuité ; mais l'analyse des symptômes, jointe aux faits déjà connus [1], est en rapport avec les conclusions déduites des expériences sur les animaux. Il faut se garder cependant de concevoir une sécurité trompeuse. L'anesthésie est toujours un péril, quelle que soit la substance dont on fasse usage. Sans parler des syncopes imprévues, qui semblent défier la prudence des opérateurs, le plus léger obstacle apporté à la respiration peut subitement occasionner la mort. Nous avons vu ce fait se produire sur des animaux amylénés.

De l'ensemble de ces considérations nous n'hésitons pas à conclure que l'amylène est appelé à rendre d'importants services dans le traitement des maladies de l'enfance : facilité d'application, certitude des effets, innocuité des résultats, tels sont les traits généraux qui caractérisent l'action de cette substance. Nous y ajouterons encore les avantages suivants : rareté des nausées et des vomissements, possibilité de produire à volonté une anesthésie superficielle ou profonde, passagère ou durable, avec ou sans résolution musculaire ; réveil rapide et sans accidents consécutifs. Si nous devions, en ce qui concerne les indications, faire un partage entre l'amylène et le chloroforme, nous attribuerions à la première de ces substances les cas dans lesquels on a besoin d'une anesthésie de courte durée, pour les explorations douloureuses du diagnostic ou pour les opérations rapides ; nous laisserions dans le domaine du chloroforme les anesthésies profondes, nécessaires pour les grandes opérations,

(1) Les cas dans lesquels l'inhalation des vapeurs d'amylène a été pratiquée avec succès dépassent aujourd'hui le chiffre de cent cinquante. (*Note du Rédacteur en chef.*)

et dans lesquelles il importe que le chirurgien n'ait pas à se préoccuper du réveil trop prompt de son malade. Mais on ne doit point devancer les leçons de l'expérience, qui seule peut résoudre ces problèmes; le fait décisif de la question est, sans contredit, l'innocuité de l'amylène, et si, sous ce point de vue, l'observation confirme les premières données de la science, nul doute que l'amylène n'occupe une place importante parmi les substances qui nous assurent aujourd'hui l'immense bienfait de l'annihilation de la douleur.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Cannabis indica. *Son emploi comme diurétique dans l'hydropisie.* Le cannabis indica, conseillé par plusieurs médecins de l'Inde contre plusieurs maladies diverses, en particulier contre le rhumatisme, le tétanos, l'hydrophobie et le choléra, a été reconnu par le docteur Wood, du Kentucky, comme un excellent diurétique. D'après les indications de ce médecin, M. le docteur James Bryan en a fait l'essai; il s'est servi de l'extrait et de la teinture, particulièrement de cette dernière, obtenue par l'addition de 15 centigr. d'extrait à 4 gram. d'alcool rectifié. Il a employé cette teinture à la dose de vingt gouttes, trois fois par jour, en augmentant la quantité dans quelques cas, jusqu'à une cuillerée à café. Voici quelques-uns des résultats qu'il a constatés.

Obs. I. M. R..., ouvrier vigoureux, âgé d'environ quarante ans, était atteint, depuis quatre années à peu près, d'une affection du cœur, qu'on a reconnue depuis consister en une ossification des valvules semi-lunaires. M. J. Byran le trouva avec une anasarque générale, qui, après avoir débuté par les pieds, avait gagné les jambes, les cuisses, le scrotum, l'abdomen et le cœur. Il ne pouvait rester couché et avait beaucoup de dyspnée. Les fonctions digestives cependant étaient en bon état, à l'exception d'un peu de constipation. Après l'administration d'une dose de jalap composé, pour procurer l'évacuation du canal intestinal, le malade fut mis à l'usage de la teinture du cannabis indica, à la dose de vingt gouttes toutes les quatre heures. Le second jour, la sécrétion urinaire augmenta d'une manière notable, et le troisième, le malade rendit une quantité considérable d'urine limpide. En même temps, la tuméfaction du scrotum et de l'abdomen commença à diminuer sensiblement. Ces effets continuèrent pendant environ dix jours, au bout desquels l'anasarque avait entièrement disparu, et les parties avaient repris leurs proportions habituelles. Ce traitement n'eut pas le pouvoir d'arrêter la maladie du cœur, qui continua à faire des progrès et finit par entraîner la mort du malade; mais il fit disparaître les effets de la suffusion séreuse du tissu cellulaire, et démontra l'influence réelle que le chanvre indien exerce sur la sécrétion urinaire.

Obs. II. Mme S..., âgée de quarante-sept ans, d'habitudes actives et laborieuses, et d'un caractère énergique, était atteinte, depuis environ cinq mois, d'une hydropisie considérable des membres inférieurs, de l'abdomen et du thorax. Une des jambes était fortement enflammée et érysipélateuse. La malade avait beaucoup de peine à respirer. Cependant on ne put découvrir aucun état anormal du cœur ou des poumons. La sécrétion urinaire était très-réduite, l'appétit mauvais; il y avait une langueur générale très-prononcée. Les jambes et les cuisses étaient tellement tendues et roidies par l'infiltration séreuse, que la flexion des genoux était absolument impossible.

On mit la malade à l'usage de la teinture de cannabis, à la dose de vingt gouttes, trois fois par jour. Elle fut continuée pendant trois jours, sans aucun effet sensible sur la sécrétion des reins. On prescrivit alors le calomel, la digitale et la poudre de scille, trois doses dans la journée. La sécrétion urinaire ainsi excitée fut entretenue ensuite par des doses équivalentes à une cuillerée à café de teinture de chanvre indien, trois fois par

jour, pendant deux semaines environ, avec les résultats les plus satisfaisants. L'inflammation de la jambe s'éteignit, l'appétit revint, l'anasarque générale disparut, et la malade reprit son embonpoint ordinaire.

Obs. III. C..., atteint d'hydropisie au plus haut degré, avait été soulagé au moyen de mouchetures pratiquées sur le scrotum et sur les jambes; il obtint une amélioration extrême par l'usage de la teinture. Celle-ci entretint l'excrétion de l'urine et arrêta les progrès de l'anasarque.

M. James Bryan fait remarquer un point important relativement à l'emploi de ce médicament dans ces cas, c'est que son usage ne cause aucun dérangement de l'estomac; au contraire, l'appétit s'améliore, les douleurs sont soulagées, et une sensation de bien-être pénètre toute l'économie, tant que l'emploi en est continué. Il est probable, ajoute-t-il, que son action sur les reins, dans ces sortes de cas, s'oppose à une influence considérable sur le cerveau ou le système nerveux général. Le rire et l'ivresse, effets ordinaires de l'ingestion des préparations de chanvre indien, n'ont pas été observés. (*Phila. med. Journ.*.)

Caustique nouveau. *Son emploi dans le cas de tumeurs épithéliales.* Ce caustique, introduit récemment dans la pratique par le professeur Simpson d'Edimbourg, consiste en un mélange de 30 grammes de sulfate de zinc anhydre avec 4 grammes de glycérine; il est appliqué sur les tissus sous forme de pâte étendue sur de la charpie. M. Simpson l'emploie aussi sous forme pulvérulente; il en saupoudre les parties malades. M. Erichsen vient de l'expérimenter deux fois, à trois semaines de distance, dans un cas de cancer épithélial des deux grandes lèvres de la vulve et de la paroi supérieure du vagin; l'infiltration cancéreuse était, comme on le voit, très-étendue. Lors de la seconde application, les tissus paraissaient moins rouges; il y avait une amélioration manifeste. La malade était une femme âgée, robuste; elle avait de l'induration dans ces parties et dans l'aine droite depuis deux ans; depuis quelques semaines seulement les parties indurées s'étaient ulcérées. On appliqua le caustique sous forme de pâte sur de la charpie; son effet se produisit en trois ou quatre heures, et il suffit d'un petit nombre d'applications pour amener la guérison. Un grand avantage de ce caustique est d'agir seulement sur les parties dépourvues d'épiderme, de sorte que les doigts ne ressentent pas ses effets. (*The Lancet*, février 1857.)

Chorée (*Nouveau cas de*) *traité avec succès par les attelles.* Le 19 décembre 1856, le docteur Monahan fut mandé auprès d'un garçon de treize ans, qui, depuis deux ou trois jours, était affecté de mouvements involontaires dans presque tous les muscles soumis à la volonté. Le malade fut soumis à l'usage des médicaments antichoréiques, habituellement employés, en y joignant le séjour à la campagne et des douches tièdes. Ces moyens furent mis en œuvre sans aucun succès pendant plus de trois semaines. On eut alors recours aux attelles. Dès la première nuit, le malade dormit bien, et lorsqu'on les enleva le matin, il y eut à peine quelques mouvements involontaires des muscles. Au bout de peu de jours, la convalescence était complète et ne s'est pas démentie depuis. Ce fait de succès, s'ajoutant à ceux publiés par Van Swieten et par M. Nicod d'Arbent, montre qu'on pourrait combiner utilement l'immobilisation des membres pendant la nuit avec l'emploi de la gymnastique pendant le jour. (*Dublin hosp. Gaz.*, février 1857.)

Diabète sucré (*Influence des maladies cérébrales sur la production du*). — Les auteurs qui se sont occupés de l'étude du diabète ont émis depuis longtemps l'opinion que cette affection était liée originairement à des maladies nerveuses, des névroses, ou même à des lésions matérielles du système nerveux. Cette opinion a pris une nouvelle consistance, surtout depuis les expériences physiologiques par lesquelles M. Ch. Bernard a montré l'influence de la lésion d'un point limité de l'appareil nerveux central sur la production de la glucosurie. Quelques rares faits observés depuis à ce point de vue ont paru confirmer la réalité de cette relation étiologique; mais elle n'a été encore établie nulle part, que nous sachions, sur des faits aussi précis que les suivants, communiqués par M. le docteur E. Leudet, de Rouen.

Obs. I. Femme de trente-deux ans, atteinte dans le cours d'une grossesse, au sixième mois de la gestation, d'une perte de la vue de l'œil gauche, sans aucun phénomène paralytique dans

les membres. La perte de la vue persiste et coïncide avec des maux de tête, des vomissements. Sept mois et demi après cet accident, symptômes comateux, débutant brusquement et se dissipant graduellement au bout d'un jour. On constate alors une paralysie des troisième et cinquième paires crâniennes gauches, avec un peu de ramollissement de la cornée du même côté; anesthésie faciale cutanée à gauche des muqueuses nasales et de la moitié gauche de la langue, soif vive et signes généraux du diabète; on constate la présence du sucre dans l'urine au moyen de la potasse et de la liqueur de Bareswil. Traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur: sous l'influence de ce traitement, diminution de la paralysie de la première paire, disparition du diabète; aggravation de la kératite; fonte de l'œil; la paralysie de la sensibilité de la face disparaît. Rechute au bout de cinq mois; nouveaux accidents comateux, sans apparition du diabète. Ces accidents s'améliorent de nouveau sous l'influence de l'iodure de potassium à l'intérieur; aucun nouveau phénomène de paralysie de nerfs crâniens; un peu de kératite à droite, cédant rapidement à un traitement local.

Obs. II. Femme de cinquante-trois ans, atteinte brusquement d'une hémiplégie droite de cause cérébrale; attaques épileptiformes se répétant pendant peu de temps; retour incomplet des mouvements dans le côté droit du corps. Deux ans après ces phénomènes apoplectiques, début des accidents du diabète, glucose dans l'urine; puis, au bout d'un an, albuminurie, état cachectique.

Obs. III. Femme de quatre-vingts ans, atteinte brusquement d'une hémiplégie à gauche. Au bout de dix-huit mois, exagération de la soif; présence du sucre dans l'urine, constatée par la potasse caustique et la liqueur de Bareswil; gangrène humide du pied droit. Mort.

Obs. IV. Femme âgée de trente-neuf ans, atteinte au sixième mois de la gestation d'accidents de paraplégie avec convulsions. Disparition graduelle des accidents, persistance d'étourdissements. Six ans après, hémorrhagies multiples, puis accidents dyspeptiques, et enfin diabète sucré. Variole intercurrente. Mort.

Dans ces observations il y a, comme on le voit, une continuité manifeste entre la production des accidents du système nerveux et ceux de la glycosurie. Bien que, dans les cas suivis de mort, les autopsies n'aient pas été faites, la nature de la lésion cérébrale n'en était pas moins démontrée par l'existence de paralysie des nerfs crâniens prenant leur origine dans le voisinage du bulbe et de la protubérance.

On peut tirer de ces observations cette conclusion, non pas que le diabète est toujours dû à une lésion des centres nerveux, mais que cette lésion est une des conditions organiques qui lui donnent naissance. La connaissance de cette condition étiologique est très-importante en pratique, car elle met sur la voie d'indications thérapeutiques qu'on ne saurait négliger de remplir. (*Comptes rendus de l'Ac. des sciences*, mars 1857.)

Fumigations *de calomel contre les affections syphilitiques. Nouvel appareil pour cet usage.* — Récemment encore, M. H. Lee appelait l'attention de ses confrères sur les avantages des fumigations de calomel dans le traitement des affections syphilitiques. Dans ses expériences, ce médecin était arrivé à reconnaître que les vapeurs de calomel agissent beaucoup plus énergiquement quand elles sont mélangées à des vapeurs d'eau, et, pour obtenir ce mélange, il se servait de deux lampes, l'une pour volatiliser le calomel, l'autre pour faire bouillir l'eau; car il faut, pour volatiliser le sel mercuriel, une chaleur qui dépasse le point d'ébullition du liquide. De là, grande dépense d'appareils et de combustible (alcool). Pour obvier à cet inconvénient, M. Blaise, fabricant d'instruments de chirurgie à Londres, a imaginé une lampe qui répond au double objet qu'on se propose. Elle consiste en un support circulaire percé de trous, garni d'une poignée et muni d'une ouverture par laquelle on introduit une petite lampe à esprit-de-vin avec une large mèche. La flamme de cette lampe vient frapper sur une soucoupe circulaire contenant de l'eau, et ayant une concavité centrale dans laquelle une cupule de métal contient le calomel. La chaleur fait à la fois bouillir l'eau et volatiliser le calomel. La plus grande soucoupe est faite en métal d'une seule pièce et entourée de cuivre galvanisé. 50 centigr. de calomel, dose qui doit être volatilisée, placés sur la soucoupe centrale, demandent dix-huit minutes pour être entièrement réduits en vapeur. Pour

faire ces fumigations, le malade s'assied nu sur une chaise, puis il est entouré d'une couverture, et on place la lampe allumée entre ses jambes ou sous sa chaise.

Les avantages de la combinaison des vapeurs de calomel avec la vapeur d'eau paraissent incontestables. L'action des vapeurs de calomel seule peut suffire; mais la vapeur d'eau augmente de beaucoup son efficacité. M. Pollock a fait remarquer que la chaleur de la vapeur d'eau était nécessaire pour que le malade pût rester nu dans une chambre exposé aux fumigations de calomel pendant un temps suffisamment long; sans elle, le malade souffre du froid. La vapeur d'eau augmente ensuite l'activité de la peau, elle entraîne les vapeurs de calomel et rend leur application sur la surface du corps plus sûre et plus complète. Ce mode de traitement étant adopté par M. Lee à Lock hospital et par M. Pollock à Saint-George's hospital, nous aurons prochainement l'occasion d'en signaler de nouveau les bons effets. (*The Lancett*, mars.)

Hémorrhoïdes *chez un enfant, excision de la tumeur*. Il est rare de rencontrer chez les enfants des tumeurs hémorrhoïdales, et surtout de les voir acquérir un volume un peu considérable. Un petit garçon de trois ans fut amené à l'hôpital d'University College, dans le service de M. Erichsen, porteur d'une tumeur externe, de la grosseur d'une petite aveline, située sur le côté gauche de l'orifice anal; cette tumeur existait déjà depuis quelque temps. Ce chirurgien l'enleva d'un coup de ciseaux et lia un vaisseau qui donnait beaucoup de sang, sans avoir employé le chloroforme. Les hémorrhoïdes sont certes une chose rare avant la puberté. M. Asthon mentionne dans son livre sur les maladies du rectum le cas d'un enfant de deux ans qui portait plusieurs tumeurs hémorrhoïdales, et en rapporte d'autres chez des enfants de cinq à sept ans; chez l'un d'eux il existait un calcul vésical. M. Curling en a rarement vu avant la puberté. (*The Lancet*, mars.)

Musc *dans le spasme de la glotte chez les enfants*. — M. le docteur Salathé, de Bordeaux, a obtenu de l'emploi du musc dans le spasme de la glotte chez les enfants des résultats tellement remarquables, que si l'expérience ultérieure venait à les confirmer, on pourrait se flatter de posséder un remède presque certain contre une des affections les plus graves et les plus meurtrières de l'enfance. Sur vingt-quatre malades traités par ce moyen, M. Salathé n'a eu à regretter que deux cas de mort. De ces vingt-quatre enfants, il y en a eu dix-sept chez lesquels la maladie a été enrayée et guérie après quelques jours de traitement; chez les sept autres, l'emploi de ce médicament, quoique suivi d'une diminution notable, n'empêcha pas le retour de nouvelles crises, contre lesquelles il lutta avec des applications de sangsues, l'oxyde de zinc, l'assa fœtida et le calomel à doses fractionnées.

Les deux observations suivantes feront connaître le mode d'administration suivi par notre confrère.

Un enfant de deux ans, atteint de spasme de la glotte depuis près d'un an, avait jusqu'à vingt et trente attaques par jour, dont un grand nombre avec des convulsions généralisées. On prescrivit 0,10 de musc, en seize paquets, dont quatre à prendre chaque jour. Au bout du quatrième jour, les accès étaient rares et faibles. La dose terminée, on en donna une autre, égale à deux paquets seulement par jour, et une guérison complète fut le résultat de cette médication.

Un enfant de neuf mois, atteint depuis huit jours d'accès de suffocation qui en étaient venus à mettre sa vie en danger, et se répétaient jusqu'à six fois en douze heures, fut amené à M. Salathé, qui, témoin d'un accès, reconnut le spasme glottique et fit la prescription suivante : musc, 0,05; potion gommeuse, 80 grammes, à prendre par cuillerée à café d'heure en heure.

Le lendemain, quatre accès faibles; continuation du médicament. Les jours d'après, plus d'accès.

Ces faits méritent d'être pris en sérieuse considération, si l'on considère surtout qu'une moitié au moins des enfants atteints du spasme de la glotte succombent habituellement, malgré les moyens de traitement les plus énergiques. On ne saurait donc trop engager les praticiens à saisir les occasions de ce contrôle. (*Bulletin de la Soc. méd. des hôpit.*)

Névralgie sus-orbitaire, *guérie par la section du nerf à l'intérieur de l'orbite*. A l'appui des conclusions qui terminent le travail de M. Hergott, que nous avons inséré

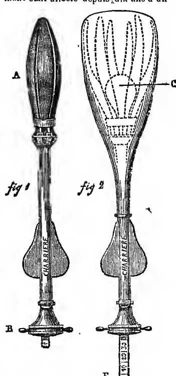
dans notre dernier numéro, page 202, nous rapporterons l'analyse suivante d'un nouveau cas de névralgie guérie par l'intervention chirurgicale, que publie le professeur Schuck, de Vienne.

Obs. L. Hinver-Hofer, âgé de quarante-neuf ans, fit en 1852 une chute qui occasionna de légères blessures, dont la guérison fut rapide; mais trois ou quatre semaines après, il éprouva à la région frontale une douleur qui s'étendait du sommet du crâne au bord supérieur de l'orbite et se montrait de temps en temps, puis finit par s'irradier dans la plus grande partie de la moitié droite de la face. Les accès augmentèrent de durée, les intervalles se raccourcirent, et le malade fut reçu à l'hôpital le 1er avril 1854. L'examen du malade montra qu'on avait affaire à une violente névralgie du nerf sus-orbitaire, et, à un moindre degré, du sous-orbitaire.

L'opération fut faite le 3 mai, au moyen d'une incision arquée suivant la direction des sourcils. L'opérateur dut ensuite pénétrer entre l'os et le périoste, et extirpa avec des ciseaux la partie du nerf sus-orbitaire qui s'étend depuis le point de division des nerfs jusqu'au bord de l'orbite; la plaie fut réunie avec des épingles à insectes. Pendant deux jours encore la douleur continua, analogue à celle que ressentent encore les amputés dans un membre qu'ils n'ont plus; puis elle se limita au nez et à la lèvre supérieure (domaine du sous-orbitaire), et, le 22 mai, la guérison était complète, sauf un état d'insensibilité de la région sus-orbitaire. (*Wien. med. Wochenscrift* et *Ann. d'ocul.*)

Rétrécissements du rectum (*Nouveau modèle du dilatateur des*). Cet instrument, fabriqué par M. Charrière fils, est d'un mécanisme très-simple; il se compose d'une tige creuse de la grosseur d'une sonde, à l'extrémité de laquelle se trouvent six branches articulées, libres et maintenues seulement à l'aide d'une rondelle en caoutchouc. Ces branches réunies ont la forme d'une olive, au centre de laquelle se trouve une boule fixée au bout d'une tige droite munie d'un pas de vis, laquelle monte et descend dans le tube à volonté au moyen de l'écrou de rappel. La figure 1 représente l'instrument prêt à être introduit. A branches articulées fermées, B écrou de rappel. La figure 2 représente le même dilaté et muni d'un sac en caoutchouc. C boule placée dans l'intérieur de l'olive, E tige taraudée et graduée.

Comme on le voit, cet instrument se dilate à l'endroit voulu en laissant le tube plus ou moins long, et la dilatation n'est jamais faite au sphincter, ce qui est toujours très-douloureux et sensible. Le malade sur lequel M. Beylard a fait l'application de son instrument était affecté depuis dix ans d'un



rétrécissement du rectum en forme de diaphragme situé à 6 centimètres de l'anus, et dont l'ouverture ne permettait même pas l'introduction de la dernière phalange de l'index. Cinq incisions furent faites dans toute l'épaisseur du diaphragme, et quelques jours plus tard la dilatation fut employée; en moins de deux mois le rétrécissement avait disparu, ne laissant à sa place qu'un léger bourrelet annulaire, n'opposant aucun obstacle à la sortie des matières volumineuses. (*Compte rendu de l'Ac. de méd.*, mars.)

VARIÉTÉS.

Notre savant confrère M. Devergie vient d'être élu membre de l'Académie de médecine, par 43 voix contre 54 données à son compétiteur, M. Tardieu.

Le concours pour deux places de médecins du bureau central des hôpitaux que nous avons annoncé il y a six semaines, n'est pas encore terminé, que déjà un nouveau concours se prépare : il s'ouvrira le 6 avril prochain. Le jury se compose de MM. Bailly, Cruveilhier, Gubler, Baron et Monod, juges, M. Michon, juge suppléant.

Le 25 mars a eu lieu, à l'administration de l'Assistance publique, la distribution des prix aux pharmaciens internes des hôpitaux et la proclamation des nouveaux internes. Voici les noms des lauréats. Première division, *prix :* médaille d'argent, M. Morin ; *accessit :* livres, M. Gallois; *mention honorable :* M. Arnould. — Deuxième division, *prix :* médaille d'argent, M. Magne ; *accessit :* livres, M. Méhu. *Mentions honorables :* MM. Roustin et Toubin. — Les Internes nommés sont au nombre de vingt-quatre.

Un concours pour une place de professeur à l'amphithéâtre des hôpitaux s'ouvrira le 7 avril prochain, dans les bureaux de l'administration de l'Assistance publique.

Le 11 mars courant, M. le préfet de l'Aveyron réunissait le Conseil d'hygiène et de salubrité et remettait à M. le docteur Bourguet, de Rodez, une médaille en or, et à M. le docteur Montety, de Sévérac, une médaille d'argent, qui leur a été décernée par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, en récompense du zèle avec lequel ils se sont livrés à la propagation de la vaccine. Notre honorable confrère, M. le docteur Bourguet, a reçu déjà sept médailles en argent.

Les membres du Comité de rédaction des *Annales d'oculistique* ont résolu de convoquer à Bruxelles un Congrès d'ophthalmologie, auquel seront invités tous les médecins des divers pays qui cultivent cette branche des sciences médicales ou qui s'y intéressent, et qui se réunira les 13, 14, 15 et 16 septembre prochain, c'est-à-dire immédiatement avant l'ouverture du Congrès des médecins et naturalistes allemands, qui doit se tenir à Bonn, du 18 au 25 du même mois.

Le Comité d'organisation se compose de MM. Fallot, président de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc., président ; Bosch, chirurgien à l'Institut ophthalmique du Brabant, etc., Hairion, directeur de l'Institut ophthalmique de l'armée, à Louvain, etc., Van Roosbroeck, directeur de l'Institut ophthalmique du Brabant, etc., membres ; Warlomont, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*, secrétaire général.

Toutes les lettres et communications relatives au Congrès doivent être adressées à M. Warlomont, rue Notre-Dame-aux-Neiges, 27, à Bruxelles.

La 4e chambre du tribunal de la Seine vient de décider que la prescription d'un an, opposable à l'action du médecin pour le payement de ses honoraires, ne courait que du jour de la mort du malade, lorsque celui-ci est mort de la maladie, ou du jour de la dernière visite ou du dernier pansement, lorsque le malade a été guéri, ou que le médecin ou chirurgien a été congédié avant la fin de la maladie.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Remarques pratiques sur le traitement de l'hémorrhagie cérébrale par la saignée (1).

Maintenant, l'indication des émissions sanguines, en pareil cas, résulte-t-elle uniquement de cette circonstance, que le sang surcharge les vaisseaux intra ou extra-cérébraux? En d'autres termes, cette indication ne regarde-t-elle que le côté mécanique de l'apoplexie? Nous ne le croyons pas. M. le professeur Cruveilhier qui, dans la rédaction de l'article Apoplexie du dictionnaire en quinze volumes, a mis plus de science réfléchie que les auteurs n'en apportent d'ordinaire, et bien à tort, dans des travaux de ce genre, M. Cruveilhier recommande, après la saignée, dans les cas graves dont nous parlons en ce moment, les applications de glace sur la tête, faites d'une manière intermittente. « Dans le cas d'apoplexie comateuse, dit cet observateur sérieux, je ne connais aucun meilleur moyen que la glace appliquée sur la tête. Ce moyen a évidemment arraché à la mort un de nos malades, qui avait été inutilement saigné cinq ou six fois, inutilement émétisé, couvert de sinapismes et de vésicatoires, qui était plongé dans un état comateux avec ronflement, et qui, fortement excité par le pincement, ne pouvait entrer en rapport avec les objets extérieurs. La glace appliquée toutes les trois ou quatre heures, pendant une demi-heure chaque fois, opéra une sorte de résurrection. » Le savant professeur d'anatomie pathologique de la Faculté de Paris estime que la glace, en pareil cas, ne déploie qu'une action antiphlogistique, qu'elle agit par le refoulement du sang, qu'elle repousse des vaisseaux de l'encéphale. C'est encore là une explication purement mécanique que, pour notre compte, nous avons quelque peine à accepter, avec le sens absolu au moins que lui donne l'auteur. Ce qu'en pareille circonstance, en effet, on n'aurait point obtenu par cinq saignées successives, on ne comprend pas bien comment on l'obtiendrait par l'influence hémostatique du froid. Comme il y a autre chose que du sang en plus dans la masse encéphalique, quand une forte congestion ou une hémorrhagie est venue brusquement troubler l'inervation, cet acte mystérieux de la vie, de même nous croyons qu'il y a, dans cette influence salutaire du froid appliqué dans les premiers temps de ce collapsus, autre chose qu'un refoulement mécanique du liquide san-

(1) Voir le numéro précédent, p. 241.

guin dans les réseaux vasculaires de l'encéphale. Organe de la sensibilité, c'est surtout celui-ci qui nous paraît être modifié par les applications froides sur la tête d'un malade en coma, et c'est cette modification qui va réveiller la vie nerveuse de la défaillance dans laquelle elle est tombée.

Ceci nous conduit naturellement à une question plus délicate que les questions diverses auxquelles, chemin faisant, nous avons touché, la question de la mesure des émissions sanguines dans l'apoplexie. Une idée, que nous avons déjà émise dans ce travail, domine cette question; cette idée, c'est que le cerveau qui a reçu le choc apoplectique est par cela même, et en dehors du traumatisme proprement dit, dans un état morbide grave, est *affecté* profondément, en donnant à ce mot le sens de l'école de Montpellier. C'est, si l'on veut, un état qui, s'il n'est identique, a au moins quelque analogie avec la commotion cérébrale. De même que cette commotion tue parfois, en dehors de toute contusion visible, ainsi l'apoplexie tue sans aucune espèce de lésion apparente. C'est cette atteinte profonde, portée à l'inervation dans toute apoplexie, qui en fait le danger, sans que celui-ci soit toujours en juste proportion avec le traumatisme cérébral proprement dit; et c'est en même temps cette affection, variable suivant la résistance vitale des individus, qui met des limites aux émissions sanguines dans cette maladie, pour qu'elles soient efficaces.

C'est avec une grande raison que M. Cruveilhier, dans le travail que nous citions tout à l'heure, tout en posant la saignée comme le moyen le plus efficace dans l'apoplexie, ne laisse pas cependant que de restreindre cette méthode dans de sages limites, sous peine d'en voir aggraver le mal qu'elle a pour but de combattre. « Une vacuité trop brusque, trop rapide du système circulatoire, surtout dans les maladies cérébrales, est promptement suivie de collapsus ou de convulsions... Le malade, ajoute-t-il plus loin, peut mourir immédiatement après la saignée, ainsi que j'en ai été témoin. » Toutes les fois qu'une pareille catastrophe arrive, les personnes étrangères à la science ne manquent pas d'imputer à cette saignée malencontreuse l'événement funeste. Dans notre opinion, comme dans celle du clinicien éminent de l'hôpital de la Charité, cette accusation, dans quelques cas, est juste; mais, hâtons-nous de le dire, il n'en est pas toujours ainsi. Il est des individus dont le système nerveux, usé, si nous pouvons ainsi dire, par les émotions, les préoccupations de la vie, est brisé au premier choc apoplectique; chez d'autres, l'hémorrhagie est réellement considérable, et par suite le traumatisme cérébral est tellement

étendu, que la mort en doit être la conséquence inévitable, nécessaire. Dans ces deux cas, la saignée n'a pu guérir, mais elle n'a pas tué; le coup fatal était porté, elle n'y a en rien concouru. Si nous ne craignions d'allonger ce travail outre mesure, nous rapporterions des faits qui ne laissent aucun doute sur la légitimité de cette conclusion. La gravité des lésions seules qu'a découvertes l'autopsie, et qui ne sauraient être imputées à la saignée, suffirait largement à expliquer la terminaison fatale. Ces faits sont partout, tout le monde les a observés; les rappeler ici, ce serait surcharger ce travail de détails inutiles. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. Il est des cas aussi authentiques que ceux dont nous venons de parler, dans lesquels il est presque impossible de ne pas rapporter à des saignées intempestives et surtout trop abondantes l'événement funeste; la coïncidence d'accidents graves avec l'emploi de ces saignées, l'insuffisance des lésions rencontrées après la mort, le commémoratif d'émissions sanguines antérieures mal supportées, tout tend à établir que, dans quelques cas, la méthode antiphlogistique a été poussée trop loin, et qu'au lieu de remédier au collapsus qu'on voulait combattre, on l'a aggravé, on a enlevé à l'organisme toute force de réaction, toute chance de retour actif au jeu normal de la vie. Comme ces faits ont, en pratique, une importance qui ne saurait échapper à personne, qu'on nous permette d'en citer brièvement quelques-uns.

Le premier fait de cet ordre, que nous ayons observé, est relatif à un individu, âgé de soixante ans environ, fort et bien constitué; il venait de déjeuner et se disposait à aller à l'office, quand il se sentit mal à l'aise, engourdi : nous fûmes appelé immédiatement. Il y avait à peine un quart d'heure que ces accidents avaient débuté, quand nous arrivâmes auprès du malade : il était assis sur un fauteuil; on était en train de le déshabiller pour le mettre au lit; il parlait encore, mais confusément; il s'aidait encore de ses bras, mais comme un homme empêché. Cette circonstance, que le malade venait de manger, nous fit hésiter un peu à le saigner incontinent; nous le fîmes cependant, par suite de cette réflexion, que la saignée agirait comme un émétique, pour provoquer l'évacuation de l'estomac, et qu'en même temps elle combattrait heureusement la fluxion grave que nous voyions s'accomplir sur le cerveau. A peine le malade fut-il saigné, que les symptômes allèrent en s'aggravant d'heure en heure, et qu'au bout de quarante-huit heures il n'était plus. Les moyens usités en pareil cas ne furent pas plus heureux que les saignées pour conjurer la catastrophe. Ce fait n'est pas

simple; outre la fluxion sanguine énergique, que nous avions sous les yeux dans ce cas, l'estomac était dans un état de plénitude assez considérable, par suite du déjeuner abondant que venait de faire un homme doué d'un excellent appétit. Est-ce cette circonstance défavorable qui a paralysé l'influence de la saignée, ou même n'est-ce pas cette circonstance qui a converti une ressource ordinairement utile en pareil cas en un moyen dangereux? Telle est la question que nous nous posions alors que nous observions ce fait, telle est la question que nous nous posons encore aujourd'hui. Dans la science écrite ce problème a été plus d'une fois posé, et diversement résolu. Dans tous les cas, ce qu'on ne saurait nier au moins, c'est que, quand une forte congestion ou une hémorrhagie cérébrale arrive en coïncidence avec une pareille plénitude de l'organe principal de la digestion, ce ne soit là une circonstance singulièrement aggravante de la maladie. Ce que la prudence nous semble commander de faire en une conjoncture si délicate, c'est ceci : si l'estomac est fortement chargé, et que la nature des aliments et des boissons, outre leur quantité, fasse prévoir par leur qualité une digestion longue, laborieuse, avec réaction forte, il faut considérer cet état comme un empoisonnement relatif, et provoquer l'évacuation du poison. Si les symptômes sont graves d'emblée, et qu'on ait affaire à une constitution éminemment sanguine, l'administration d'un émétique n'exclut pas une saignée simultanée, et celle-ci doit être faite sur-le-champ. Nous savons que ce n'est point une chose indifférente que de soumettre un individu en congestion cérébrale, ou chez lequel vient de s'accomplir une hémorrhagie intra-crânienne, aux secousses d'un émétique; mais, d'un autre côté, est-il possible que ce mouvement fluxionnaire, redoutable du côté de l'encéphale, s'enraye, tant que l'estomac sera surchargé d'une masse considérable d'aliments, tant que la digestion de ces aliments s'opérera, soit dans le principal organe de la digestion, soit dans l'intestin? Bien que nous ayons exprimé ce que nous ferions, si nous nous trouvions en face d'un cas si embarrassant, nous ne nous flattons pas que ce soit là la meilleure conduite à tenir. Aussi bien pensons-nous en tout ceci n'avoir fait que poser une question intéressante, et nous contenterons-nous d'appeler sur ce point de pratique délicat l'attention des observateurs les plus compétents. Étudier la thérapeutique de l'apoplexie à ce point de vue serait assurément une chose extrêmement utile : puissent les quelques idées que nous venons de faire pressentir plutôt que d'exprimer sur ce sujet encore si obscur, appeler sur lui les recherches nécessaires pour l'éclairer et diriger

sûrement le praticien dans la route scabreuse qui s'ouvre ici devant lui.

Dans le cas suivant, nous allons voir une catastrophe funeste suivre une saignée tardive, catastrophe qui ne serait pas arrivée peut-être, si la maladie eût été simplement abandonnée à elle-même. Mme L..., âgée de soixante-douze ans, femme riche, mais avare, et avare jusqu'à se refuser presque les choses nécessaires à la vie, tombe privée de connaissance et de mouvement. La domestique la relève, lui fait respirer un peu de vinaigre et l'assied sur son fauteuil. La malade ouvre les yeux, mais la bouche est fortement déviée, elle ne peut articuler aucun son, elle est complétement paralysée du côté gauche. Un médecin est appelé peu de temps après l'accident ; il essaye de saigner la malade au bras droit, mais il pique mal la veine, et le sang ne coule pas. Il se contente de prescrire des sinapismes aux membres inférieurs, un lavement laxatif, etc. Appelé le lendemain pour voir la malade, avec le médecin qui l'avait vue la veille, il me sembla que le pouls roide, plein, commandait une saignée ; je la proposai : mon confrère, qui avait échoué la veille, ne voulut pas courir de nouveau l'aventure d'une saignée négative. Je la pratiquai moi-même au bras gauche. Le sang coula bien et abondamment. Comme Mme L... était assez grêle, mal nourrie, je fis cette saignée peu abondante. Malgré cette prudence, à partir de ce moment, les accidents allèrent constamment en s'aggravant; bientôt la conscience du monde extérieur s'éteignit, la respiration s'embarrassa, et la malade mourut. Si nous voulions nous flatter et nous délivrer modestement un brevet d'infaillibilité, il nous serait facile de faire tourner cet échec au profit de notre amour-propre: nous aimons mieux la vérité. Or, la vérité, c'est que depuis l'apparition des premiers accidents, et bien que la malade n'eût pas été saignée, aucun symptôme nouveau n'avait surgi qui indiquât que la lésion cérébrale tendait à grandir, à s'aggraver. Dans cet état de choses, il fallait évidemment s'abstenir. Simple congestion, l'affection apoplectique s'épuise en général de suite, quand elle est peu grave : hémorrhagie, dans les mêmes conditions, l'écoulement du sang met fin au mouvement fluxionnaire qui l'a préparée. Dans les deux cas, la saignée par provision est un luxe thérapeutique inutile, quand il n'est pas funeste. Outre que, dans ce cas, aucun phénomène traduisant l'aggravation de l'affection cérébrale ne commandait la saignée, celle-ci, malgré ce que semblait dire le pouls, était encore contre-indiquée par les habitudes morales de la malade, sa constitution frêle et exténuée par un régime

absurde. Tout tue dans d'aussi déplorables conditions, et la médecine y doit redoubler de prudence, pour ne point manquer son but.

Dans le dernier cas que nous allons citer, nous allons voir l'influence de la saignée se manifester d'une manière si évidente, que l'amour-propre le plus indulgent ne saurait conserver aucun scrupule pour s'accuser : en pareil cas, que l'espoir de faire mieux nous console d'avoir mal fait ; je ne puis adresser d'autres compliments de condoléance à l'égoïsme blessé du médecin dans cette pénible conjoncture. M. X., âgé de soixante-cinq ans, d'une constitution éminemment sanguine au physique, et d'un caractère faible au moral, est frappé dans son lit d'une attaque d'apoplexie. A quelle heure cette attaque eut-elle lieu ? Un ensemble de circonstances, qu'il serait oiseux de rappeler ici, fait placer le moment de cette attaque de minuit à une heure du matin. Dans tous les cas, la famille ne s'aperçoit de l'accident arrivé à M. X. que quand la domestique pénètre, sur les sept heures du matin, dans la chambre du malade, pour lui porter son déjeuner, comme tous les jours. Celle-ci adresse la parole à son maître, mais tout en la fixant, celui-ci ne fait entendre que des sons inarticulés ; puis, avec une main libre, il lui montre que le bras opposé est complétement paralysé. Le médecin du malade est appelé immédiatement ; il reconnaît une attaque d'apoplexie nettement tranchée, et oppose à la maladie, quinze heures environ après le début des premiers accidents, une saignée de trois livres peut-être (ce fut là au moins mon appréciation, quand le lendemain je vis le malade, et qu'on me montra le vase dans lequel la saignée avait été reçue). Voici maintenant ce qui était arrivé : cette saignée excessive amena une syncope presque complète, qu'on fit cesser à l'aide d'excitants usités en pareille circonstance, mais la connaissance s'éteignit ; la respiration alla s'embarrassant de plus en plus ; l'hémiplégie de sensibilité, qui était imparfaite, devint absolue ; le pouls, signe toujours redoutable dans les maladies cérébrales, présentait de loin en loin des irrégularités ; et au bout de trois jours le malade succomba.

M. X. eût-il survécu à l'atteinte qu'avait subie primitivement le cerveau, s'il n'avait été soumis à une déperdition de sang aussi considérable que celle que nous venons d'indiquer ? C'est là évidemment une question que nous ne saurions résoudre positivement. Cependant telle est la marche ordinaire de l'apoplexie, que, quand les choses se passent comme nous venons de le voir, les accidents s'arrêtent avec l'hémorrhagie qui les a produits, et que, si les malades succombent, ce n'est d'ordinaire qu'aux accidents secondaires que provo-

que le travail local, inséparable de tout traumatisme au sein de l'organisme vivant. Dans tous les cas, il n'est guère douteux qu'en ajoutant à l'atteinte profonde subie par le centre du système nerveux une évacuation sanguine portée jusqu'à la syncope, on n'ait hâté la terminaison fatale. Comment en serait-il autrement? Voyez ce qui arrive dans cet état, anatomiquement encore inexpliqué, mais parfaitement défini cliniquement : la commotion cérébrale. Quand cette commotion est un peu considérable, en même temps que la peau est décolorée, froide, le pouls est filiforme, ou au moins résiste à peine à la pression. Qu'est-ce que l'expérience enseigne à faire en pareille circonstance? Avant tout, à s'abstenir d'émissions sanguines, et la raison de cette pratique est péremptoire, c'est que si, en face d'un tel collapsus général de l'organisme tout entier, vous amoindrissez encore l'influence de la stimulation sanguine qui continue toujours, dans la mesure nécessaire à l'entretien de la vie, en pratiquant une saignée vous tuez presque infailliblement. Ainsi que nous l'avons dit déjà, à des degrés divers, le choc apoplectique, qu'il se traduise anatomiquement ou non par une hémorrhagie, place l'encéphale dans des conditions comparables à celles que provoque la commotion. L'état de la circulation, en cas d'apoplexie, ne contre-indique pas, comme dans la commotion, indique au contraire souvent les émissions sanguines ; mais celles-ci ne doivent être pratiquées que dans certaines limites ; en usant de ce moyen, il ne faut jamais oublier l'atteinte profonde portée à l'innervation, et si, dans cette circonstance, par une déperdition sanguine trop large on anémie l'organisme, l'on y ouvre une double porte à la mort.

M. Cruveilhier, dans l'article intéressant que nous avons cité, en posant des limites aux déperditions sanguines dans l'apoplexie, s'explique le danger qui naît de celles-ci poussées trop loin, par la *vacuité* brusque qu'elles déterminent dans le système vasculaire. Cette explication rentre évidemment dans celle qu'a proposée, dans ces derniers temps, M. le docteur Aussagnel, et que nous avons rappelée au commencement de cet article. Il est clair que ce n'est là qu'une autre manière d'exprimer un fait ; c'est un mot, ce n'est pas une explication. Pourquoi, en faisant le vide dans le système vasculaire d'un apoplectique par des saignées trop abondantes, peut-on hâter la terminaison fatale, au lieu de prolonger la vie, ou de laisser ainsi au traumatisme cérébral le temps de se réparer? Voilà la question qu'il faut poser, voilà la question qu'il faudrait résoudre. Cette question si intéressante, nous n'avons point la prétention de l'avoir résolue ; mais nous sommes persuadé que c'est en se plaçant au point

de vue de l'activité fonctionnelle, et non au point de vue exclusif de l'anatomie pathologique, qu'on y parviendra un jour. Dans tous les cas, et en attendant l'heure de cette heureuse solution, ce que l'expérience établit nettement, quant à la thérapeutique de cette redoutable affection, c'est que les émissions sanguines n'y doivent pas dépasser une certaine mesure, sous peine de jeter l'organisme, déjà si profondément atteint dans l'un des facteurs principaux de toute vie, dans un collapsus dont il ne se relèvera pas. Telle est la leçon expérimentale que nous nous sommes efforcé de mettre en lumière dans cet article : puissions-nous ne point avoir manqué complétement le but que nous nous sommes proposé ! MAX. SIMON.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la déformation de l'épaule consécutive à la contracture du rhomboïde et de l'angulaire, et de son traitement par l'électrisation localisée dans le muscle grand dentelé.

La déformation qui nous occupe, c'est-à-dire celle dans laquelle on constate l'élévation de l'omoplate avec rapprochement de son angle inférieur de la ligne médiane, sans abaissement du moignon de l'épaule, n'a été bien étudiée que dans ces dernières années. Attribuée par presque tous les auteurs à une paralysie du grand dentelé, son mécanisme a été méconnu par la plupart de ceux qui s'occupent d'orthopédie. Cependant, on trouve dans le rapport de la Commission des hôpitaux sur les traitements orthopédiques de M. Jules Guérin, deux cas de déviation de l'omoplate exactement semblables à ceux que nous allons faire connaître et que ce savant médecin a attribués à l'action des muscles sous et sus-épineux. Ces deux faits étaient pour ainsi dire oubliés, et tous les auteurs continuaient à ne voir dans ces cas de contracture que des difformités dues à une paralysie du grand dentelé, lorsque M. Duchenne appela l'attention sur elles, expliqua leur mécanisme, et établit le diagnostic différentiel, à l'aide duquel on ne peut plus désormais les confondre avec celles produites par la contracture des muscles trapèze, sous et sus-épineux, et la paralysie du grand dentelé.

En 1852 et 1853, M. Debout publia dans le *Bulletin de Thérapeutique* deux mémoires dans lesquels il fit connaître les premiers cas qui avaient fixé l'attention de MM. Duchenne et Bouvier, et en donna l'explication physiologique et pathologique la plus complète. Comme depuis cette époque aucun fait nouveau n'a été publié sur

cet important sujet, nous pensons qu'il ne sera pas sans intérêt de faire connaître les deux observations suivantes que j'ai pu recueillir et qui confirment pleinement les assertions émises par ces honorables médecins.

Obs. I. *Déformation de l'épaule consécutive à la contracture du rhomboïde. — Guérison par l'excitation électrique localisée dans le muscle antagoniste le grand dentelé.* — Au mois de janvier 1855, Mlle C...., âgée de douze ans, d'une assez bonne constitution, me fut amenée par sa mère. Elle était atteinte de la difformité suivante : l'épaule droite avait subi un déplacement en haut assez considérable ; le moignon était plus élevé que celui de l'épaule opposée, de même que l'angle supérieur et interne de l'omoplate ; l'angle inférieur était plus élevé de 3 centimètres que celui du scapulum du côté gauche. Comme il était beaucoup plus rapproché de la colonne vertébrale qu'à l'état normal, il en résultait que le bord spinal du scapulum était oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Au-dessous et en dedans de ce même bord on remarquait un gonflement considérable dû à la saillie formée par le muscle rhomboïde contracturé.

La mère de cette jeune demoiselle ne put me donner aucun renseignement précis sur la cause de cette difformité, qui était survenue depuis environ un an et demi.

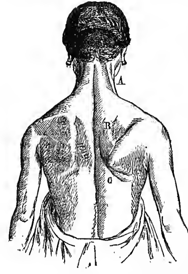
Au premier abord, je crus avoir affaire à une paralysie du grand dentelé; mais un examen attentif leva bientôt mes doutes, et je reconnus une contracture du rhomboïde, qui m'était accusée par l'élévation de l'angle supérieur et interne de l'omoplate, par l'écartement et par la direction oblique, de haut en bas et de dehors en dedans, du bord interne du scapulum, et enfin par la saillie anguleuse de l'extrémité inférieure de cet os rapproché de la colonne vertébrale. Une expérience que je fis vint bientôt confirmer ce diagnostic. En faisant cesser l'action du muscle contracturé, c'est-à-dire en faisant porter les bras en avant et en haut, je fis aussitôt disparaître la difformité, et je vis parfaitement alors que les deux scapulums se trouvaient au même niveau et dans la même direction. Voulant enfin corroborer mon diagnostic à l'aide de l'électrisation localisée, je contracturai le rhomboïde du côté sain, et je produisis aussitôt, tant que dura cette expérience, une difformité du côté gauche identiquement semblable à celle du côté droit.

Éclairé sur la nature de l'affection que j'avais à traiter, je résolus de tenter la cure de cette affection par l'électrisation localisée. Dans ce but, je faradisai, en présence de mon honorable confrère M. le docteur Billiotet, le grand dentelé, afin de réveiller la tonicité que ce muscle avait perdue, comme cela arrive toujours dans les cas de cette nature.

Pendant les premières séances, qui ne durèrent jamais plus de dix minutes, je fus assez heureux pour obtenir chaque fois la disparition de la difformité, qui revenait aussitôt que je cessais les excitations électriques. Ce résultat momentané fut bientôt rendu définitif; car, au bout de quinze séances, je fis cesser d'une manière permanente cette déviation du scapulum; depuis un an que date cette cure, elle ne s'est pas démentie.

Qui ne reconnaît, aux signes que nous venons d'énumérer dans cette observation, les symptômes propres à la contracture du rhom-

boïde? Nous avons décrit, en effet, 1° l'élévation de l'angle inférieur du scapulum avec rapprochement de la ligne médiane sans abaissement du moignon de l'épaule; la direction oblique, de bas en haut et de dedans en dehors, du bord spinal du scapulum c; la tumeur située en dedans et en dehors du bord spinal de l'omoplate, et se prolongeant vers la fosse sous-épineuse; enfin, la disparition de la difformité du scapulum et des tumeurs pendant l'élévation volontaire du bras du côté malade.



Dans le fait que nous venons de citer, il n'a été question que de la contracture du rhomboïde; mais il est des cas dans lesquels on peut constater en même temps la contracture de l'angulaire A et du rhomboïde B. La difformité est alors complexe. Non-seulement l'épaule se trouve relevée, mais encore il existe un torticolis postérieur, c'est-à-dire que la tête, par suite de a contracture de l'angulaire, se penche du côté malade, et l'on sent, à la palpation, ce muscle qui offre une saillie prononcée et une roideur inusitée.

L'observation suivante en offre un exemple des plus marqués.

Obs. II. *Déformation de l'épaule consécutive à la contracture de l'angulaire et du rhomboïde. — Guérison par l'excitation électrique localisée dans leur muscle antagoniste le grand dentelé.* — J. B...., âgée de neuf ans, d'une excellente constitution, native de Villefranche, m'est adressée par deux de mes honorables confrères, MM. Gignoux et Girin; cette enfant offre une déformation de l'épaule droite, qui présente les caractères suivants : lorsque les bras tombent le long du tronc, l'omoplate droite n'est pas dans son attitude normale; son angle inférieur est plus élevé de 5 centimètres que celui de l'omoplate gauche; le bord spinal du scapulum est oblique de bas en haut et de dedans en dehors; l'épaule droite est beaucoup plus élevée que celle du côté gauche. Au-dessus et en dedans du bord spinal on remarque un gonflement considérable dû évidemment à la saillie formée par le muscle rhomboïde contracturé; au cou et au sommet du triangle sus-claviculaire existe une seconde saillie résistant au toucher comme celle du rhomboïde, et qui est déterminée par la contracture de l'angulaire de l'omoplate.

Si l'on engage l'enfant à porter les deux bras en avant, l'omoplate droite

exécute son mouvement de rotation comme du côté sain, et immédiatement le difformité disparaît; et lorsque les bras retombent le long du corps, l'omoplate reprend son attitude vicieuse. Si l'on cherche à abaisser mécaniquement l'angle inférieur de l'omoplate, on éprouve alors une grande résistance de la part du rhomboïde et de l'angulaire, que l'on sent se durcir davantage.

La mère me raconta que cette déformation datait déjà de neuf mois, qu'elle était survenue sans cause connue, et que son début avait été marqué par une douleur dans la partie moyenne et latérale droite du cou. Successivement traitée par la gymnastique et par des moyens orthopédiques ordinaires, cette déformation ne put être guérie ni même diminuée en aucune manière.

Ayant diagnostiqué une déformation de l'épaule droite consécutive à la contracture du rhomboïde et de l'angulaire par suite du défaut de tonicité du muscle grand dentelé, je songeai à recourir à l'électricité, et je dirigeai immédiatement un courant d'induction à intermittences très-rapides sur le faisceau inférieur du muscle grand dentelé, et l'omoplate reprit immédiatement sa position normale. Pendant que j'excitais le muscle grand dentelé, le toucher permettait de constater la disparition des saillies dues à la contracture du rhomboïde et de l'angulaire.

Les trois premières séances, qui durèrent six minutes chacune, n'amenèrent aucun résultat avantageux, puisque l'omoplate reprenait son ancienne attitude dès que l'excitation électrique n'agissait plus; mais à partir de la quatrième, je constatai qu'après chaque nouvelle séance l'angle inférieur dévié s'abaissait à peu près d'un centimètre; et à la sixième, j'eus le bonheur de constater que l'omoplate avait repris complétement son attitude normale. Dans la crainte de voir se reproduire cette difformité, nous avons soumis cette jeune fille au traitement électrique pendant environ un mois. La difformité ne s'est pas reproduite. Pendant cet intervalle de temps, nous avons présenté cette jeune personne à MM. les membres de la Société de médecine de Lyon; ils ont pu apprécier comme nous les heureux et rapides résultats de l'action spéciale de l'électricité.

De prime abord on aurait pu croire, en voyant cette déformation, à une paralysie du grand dentelé, et ne voir dans ces contractures du rhomboïde et de l'angulaire que le résultat de la perte de l'antagonisme musculaire, comme on l'observe dans quelques pieds bots consécutifs à la paralysie de quelque muscle.

En effet, en comparant les signes que nous avons décrits dans ces deux observations avec ceux que M. Desnos a décrits comme appartenant aux déformations de l'épaule suite de la paralysie du grand dentelé, l'erreur pouvait être parfaitement commise. Mais si ces deux déformations présentent des symptômes communs et qui ont induit M. Desnos en erreur, il en est d'autres tout à fait opposés et qui ont été complétement méconnus par ce confrère. Ainsi, dans la contraction du rhomboïde et de l'angulaire de l'omoplate, la difformité, comme nous l'avons vu, apparaît dans le repos du membre pour disparaître pendant l'élévation du bras, tandis que

dans la paralysie du grand dentelé, la difformité de l'épaule disparaît pendant le repos, pour se montrer alors seulement que le mouvement du membre a lieu.

Ces deux phénomènes si tranchés ne sont pas les seuls. En effet, dans la paralysie du grand dentelé, à l'instant où le malade écarte le bras du tronc, et principalement quand il le porte en avant, on voit le scapulum exécuter deux mouvements principaux : 1° un mouvement de rotation sur son axe vertical, de telle sorte que le bord spinal de cet os s'éloigne des parois costales ; 2° un mouvement de bascule par lequel l'angle inférieur s'élève en se rapprochant de la ligne médiane, pendant que l'externe est déprimé.

L'étendue de ces mouvements pathologiques du scapulum pendant l'élévation du bras est en raison directe du degré de la paralysie ou de l'atrophie du grand dentelé. Ainsi, au degré le plus avancé de cette lésion, le scapulum se détache du thorax sous la forme d'une aile, en soulevant la peau qui se replie dans l'espace compris entre son bord spinal et la paroi costale, de manière à former une sorte de gouttière profonde de 4 à 5 centimètres, ou qui, lorsque le trapèze et le rhomboïde sont ainsi atrophiés, s'enfonce entre la face antérieure du scapulum et les côtes, comme si un vide se faisait sous elle, et y forme une vaste excavation dans laquelle ont peut loger la main tout entière jusqu'au creux de l'aisselle. Pendant ce mouvement de rotation sur l'axe vertical du scapulum, la dépression de l'angle externe de cet os est telle, que le bras atteint à peine la direction horizontale, et que, pour l'élever un peu plus, le malade incline instinctivement le tronc du côté opposé.

Pour nous résumer à propos de ce diagnostic différentiel, nous dirons que dans la paralysie du grand dentelé, la déformation consiste en un mouvement de torsion de l'os sur son axe, tandis que, dans les contractures du rhomboïde et de l'angulaire, c'est un mouvement de rotation que l'omoplate subit.

Nous pourrions encore, à propos du diagnostic, indiquer les signes qui caractérisent les déformations de l'épaule consécutives à la contracture du trapèze, et montrer que, dans ces dernières, l'épine du scapulum est plus oblique de dedans en dehors et de bas en haut, que le bord spinal de cet os est oblique de haut en bas et de dedans en dehors ; mais n'ayant aucun fait qui me soit propre, nous bornons là ce diagnostic.

A quelles causes faut-il attribuer les cas de contracture que nous venons de citer? Il serait difficile de le dire. MM. Debout et Duchenne prétendent que ces déformations sont causées par une affec-

tion rhumatismale que nous n'avons pas retrouvée chez nos malades [1].

On admet généralement que sous l'influence d'un trouble nerveux certains muscles perdent de leur tonicité musculaire, tandis que d'autres se contracturent spasmodiquement pour constituer ces difformités de l'épaule. C'est, je crois, à cette cause qu'il faut rapporter les déformations des deux cas que je viens de citer.

Quoi qu'il en soit, ces deux observations sont extrêmement remarquables, puisqu'elles démontrent les heureux effets que peut produire l'application de l'électricité localisée aux déformations de l'épaule consécutives à la contracture du rhomboïde et de l'angulaire. Il a suffi, en effet, de quelques excitations électriques portées sur le grand dentelé, pour réveiller dans ce muscle la tonicité qu'il avait perdue et pour faire disparaître des difformités dont une avait déjà résisté aux traitements orthopédiques généralement employés. Mais pour que cet agent thérapeutique puisse triompher du mal, il faut employer l'électricité avec des intermittences très-rapides, parce que, dans des cas de cette nature, ce n'est pas la contractilité qu'il faut rappeler, puisque l'on n'a pas affaire à une paralysie, mais bien à un défaut de tonicité musculaire. Il ne faut pas oublier, en effet, que, dans les traitements par l'électricité, ce qui importe le plus, c'est la détermination des phénomènes morbides localisés, puisque, selon la propriété vitale atteinte, contractilité, tonicité, sensibilité, atrophie, etc., le mode d'administration de l'agent électrique devra varier.

Le traitement électro-musculaire que nous venons de signaler ne réussira certainement pas dans tous les cas. Tant que la contracture sera sous l'influence de l'état nerveux primitif, l'excitation électrique localisée dans le muscle antagoniste ne pourra en triompher. C'est alors contre la cause, l'élément nerveux, qu'il faudra diriger

(1) M. Philipeaux nous prête une opinion qui n'est pas la nôtre; voici ce que nous avons écrit : « Un fait remarquable au point de vue de l'étiologie de cette difformité est que, dans les sept cas dont nous faisons mention dans notre travail, les sujets des observations sont des adolescents, six filles et un garçon, et que la déviation occupait constamment l'épaule droite; aussi sommes-nous porté à penser que, dans la plupart des cas, la maladie a été favorisée par une attitude vicieuse. » Nous avons observé depuis trois nouveaux cas, tous trois chez des jeunes personnes de huit, treize et quatorze ans. Ces faits, ajoutés aux trois que publie M. Philipeaux, prouvent que ces difformités sont beaucoup plus fréquentes chez les filles. — Le trouble du système nerveux prédispose à la difformité, et les attitudes vicieuses prises par ces enfants la déterminent. (*Note du rédacteur en chef.*)

les moyens thérapeutiques. Mais dès qu'on aura triomphé d'elle, si la difformité persiste, elle ne sera plus qu'un phénomène morbide secondaire, que l'on pourra faire disparaître par l'excitation électrique.

Le traitement par l'excitation électrique localisée dans le muscle grand dentelé est-il le seul qui puisse être avantageusement employé pour combattre de pareilles difformités ? Évidemment non. Des observations tirées de la pratique de MM. Gendrin et Rayer prouvent que des frictions stibiées, pratiquées trois fois le jour sur toute la région scapulaire, pendant un certain laps de temps, peuvent combattre avec assez d'avantage cette, difformité. Il en est de même des vésicatoires volants appliqués sur le muscle grand dentelé. Mais de tous ces moyens, l'excitation électrique, localisée dans les muscles privés de leur tonicité, fournit sûrement les guérisons les plus promptes et les plus durables [1]. Docteur R. PHILIPEAUX.

Nouveau procédé de rhinoplastie latérale ayant pour but de conserver la régularité du contour des narines [2],

Par M. BOUISSON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Avant de décrire les améliorations particulières dont la rhinoplastie latérale est susceptible, indiquons rapidement le mode habituellement suivi, lorsqu'on répare les ailes du nez suivant la méthode française ou la méthode par déplacement. Voici comment s'exprime A. Bérard, qui résume lui-même le texte de Celse et la description contenue dans les observations publiées par les chirurgiens modernes, qui ont adopté cette méthode.

« Pour opérer, on avive les bords de la solution de continuité qu'on veut restaurer ; on forme sur les côtés du dos du nez deux lambeaux pris sur la joue et quadrilatères, puis on les fait glisser pour les amener au contact sur la ligne médiane, sur le dos du nez ; là on les réunit par des points de suture. Si la perte de substance est considérable et que les deux lambeaux aient un assez long trajet

---

(1) Au moment où nous corrigeons les épreuves de cet article, Mlle G..., de Chambéry, âgée de quinze ans, nous est conduite par sa mère pour être traitée d'une déformation de l'épaule gauche, identiquement semblable à celle consignée dans la deuxième observation ; il y a chez elle contracture du rhomboïde et de l'angulaire, et par suite torticolis postérieur. Les résultats que nous avons déjà obtenus de nos trois premières séances galvaniques nous permettent d'espérer une complète guérison d'ici à sept ou huit jours... R. P.

(2) Fin. — Voir les livraisons des 30 janvier, 28 février et 15 mars, p. 62, 157 et 208.

à parcourir, il est nécessaire de détacher ces lambeaux dans leur adhérence par la face profonde avec la joue, afin de les pousser plus facilement en dedans. On a soin d'appliquer un bandage qui aide la coaptation des deux lambeaux, et quelques tampons de charpie compriment légèrement leur région moyenne, pour qu'elle repose immédiatement sur les parties sous-jacentes; il faut aussi introduire dans les narines des canules de gomme élastique, pour soutenir les lambeaux. »

On voit que ce qui caractérise principalement cette méthode, c'est de fournir aux dépens de la joue des lambeaux larges à leur base, bien nourris, et non exposés à la mortification, comme les lambeaux pédiculés et retournés; c'est de permettre une translation directe de ces lambeaux sur les surfaces à recouvrir, en facilitant au besoin leur déplacement par une dissection complète de leur face profonde. Ajoutons que, dans le cas où ce déplacement subirait encore une résistance de la part des tissus situés au delà de la base du lambeau, on rendrait leur migration plus facile au moyen d'une incision tégumentaire pratiquée au delà de la base et destinée à donner du jeu aux tissus. Cette précaution, que Thévenin avait recommandée pour l'anaplastie des lèvres, peut être utile dans les restaurations du nez, à la condition toutefois de ne pas pratiquer l'incision trop près de la base des lambeaux et de ne pas la faire trop profonde, pour ne pas intéresser les divisions de l'artère transversale de la face, qui entretiennent la vie dans le lambeau réparateur. Un autre trait distinctif de la méthode française, c'est de recouvrir la surface qui a fourni à l'emprunt de l'opercule, avec cet opercule lui-même, qui s'allonge de manière à se proportionner simultanément aux dimensions de la perte de substance à réparer, et de la surface mise à nu par la dissection des téguments; d'où il suit que, lorsque la greffe est terminée, on n'a pas à remédier à la plaie qui résulte de l'emprunt cutané, et on évite toute difformité provenant de cette solution de continuité. Ces avantages sont si évidents, qu'ils paraissent avoir suffi à la plupart des chirurgiens qui ont adopté la méthode française. Ils se sont bornés, ainsi que cela résulte de la description de M. A. Bérard rapportée plus haut, à en faire la base de leurs préceptes concernant l'exécution opératoire.

N'y a-t-il donc rien de plus à tenter, pour obtenir de cette méthode tout le profit qu'elle peut donner, que de tailler des lambeaux quadrilatères sur la joue, de les mobiliser par la dissection sous-cutanée et de les attacher par des points de suture sur la surface ravivée du nez? Ne doit-on pas se préoccuper du relief plus ou moins

considérable de celui-ci, de la saillie que le lambeau doit former au niveau de l'aile nasale, enfin de l'ouverture même du nez considéré dans sa forme, sa grandeur et sa régularité? Ces précautions, sur lesquelles l'opinion est si peu fixée et dont on a même combattu l'opportunité, sont dignes d'une attention toute particulière, et c'est de leur usage que nous paraît dépendre le perfectionnement de l'art de restaurer le nez. Nous recommandons les préceptes suivants :

1° *Respecter autant que possible la cloison.* — La conservation de cette partie a pour but d'éviter l'aplatissement du bout du nez, qui donne une forme désagréable au nouvel organe. Avant de refaire le nez, le chirurgien doit apprécier ce qu'il est possible de respecter dans le retranchement des parties malades ou dans le ravivement des surfaces déformées; il semble naturel, au premier abord, de conserver tout ce qui paraît sain et de bonne nature. Telle n'est pas cependant la conduite de tous les chirurgiens, et il est à remarquer que c'est de la patrie même de Tagliacozzi, où la rhinoplastie a été depuis si négligée, que nous vient le précepte formel de retrancher complétement les parties que l'on veut restaurer. M. Signoroni, de Milan, pense que si l'on accepte le nez, tel que l'a fait la perte de substance, pour être la charpente du nouvel organe, on risquera d'avoir un nez difforme, et qu'il vaut bien mieux le tailler et enlever tout ce qui reste de la voûte cutanée et cartilagineuse, afin que le modèle et la partie qu'on veut y ajouter soient plus réguliers et plus homogènes. Nous ne saurions partager la pensée du savant chirurgien italien. Qu'on enlève ce qui est altéré, qu'on régularise le rebord de la cloison difforme snr laquelle ne sauraient s'appuyer convenablement les lambeaux autoplastiques, nous l'approuvons; mais enlever tout ce qui reste de la voûte cutanée et cartilagineuse, c'est se priver, sans aucune compensation, de l'avantage de donner un nouvel organe, le support naturel qui garantit sa forme et ses dimensions. Il faut au contraire s'attacher à prévenir, autant qu'on le peut, l'aplatissement qui provient du manque de soutien de la voûte cutanée, et le seul moyen d'atteindre ce but, c'est de respecter la cloison dans les limites naturellement tracées par les progrès de la lésion qui exige l'opération plastique. Il est évident qu'il faudra toujours porter le sacrifice de la cloison au delà de la partie altérée; mais plus on pourra conserver de partie saine, plus on assurera la régularité du nouvel organe, auquel l'impossibilité de faire une cloison artificielle rend précisément indispensable le soin de conserver le plus qu'on peut de l'ancienne.

2° *Faire un support latéral aux lambeaux avec les portions*

saines des fibro-cartilages des ailes du nez.—Les observations particulières que nous avons rapportées ont servi à établir la résistance des cartilages aux ulcérations de diverses natures qui peuvent envahir la région du nez. Cette résistance, que l'on peut considérer comme supérieure à celles des os propres du nez, si fréquemment altérés par la syphilis ou par le cancer, semble les mettre en réserve dans les cas de rhinoplastie, pour servir à soutenir et à mouler les lambeaux cutanés qu'on emprunte aux régions voisines. Si on les retranche, la peau qui forme la nouvelle aile du nez s'affaisse et se crispe, de manière à rétrécir la portion correspondante de la fosse nasale. Dieffembach convenait que les premiers essais qu'il avait entrepris pour restaurer l'aile du nez ne le satisfirent point, parce que la nouvelle partie devenait toujours très-épaisse et bouchait la narine qui l'accolait à la cloison. L'ablation complète des cartilages latéraux a tout au moins pour résultat de priver de toute forme déterminée le lambeau cutané, surtout si la destruction de la cloison ou l'obligation d'en enlever une partie prive le nouveau nez de ce tuteur naturel pour l'opercule d'emprunt. Aussi ne pouvons-nous partager l'opinion de notre regrettable collègue M. Serre [1], lorsqu'il conseille de sacrifier une partie de la cloison et des cartilages latéraux du nez pour permettre aux lambeaux géniens d'arriver plus facilement au contact sur la ligne médiane. Cette manœuvre doit avoir nécessairement pour effet de favoriser l'aplatissement et la déformation du nez. Nous avons enseigné dans nos leçons cliniques et mis en pratique un précepte contraire, en ce point seulement, à celui de M. Serre, en partant toujours de la supposition que les progrès du mal n'obligent pas à enlever complétement l'organe malade et que le chirurgien a le choix de laisser ou d'emporter les parties cartilagineuses pour influer sur la régularité des résultats de l'opération ; nous pensons qu'on ne saurait mettre trop de soin à laisser en place les parties cartilagineuses restées saines. Celles-ci remplissent, pour soutenir les lambeaux dans la rhinoplastie génienne, le même rôle que les os du nez dans la rhinoplastie frontale. Si, dans le cas où la réparation porte sur le lobule du nez, on éprouvait de la peine à faire arriver les lambeaux au contact, à cause de la saillie du cartilage, il vaudrait mieux rendre les lambeaux plus mobiles et plus extensibles, en prolongeant les incisions et la dissection sur la joue, que d'enlever le squelette fibreux de la région. On n'a pas assez réfléchi que, dans l'impossibilité de refaire les parties cartilagineuses,

(1) Traité sur l'art de restaurer la face, etc., page 253.

il faut utiliser tous les tissus de cette nature qui ont résisté à la destruction. M. Baudens a cru sans doute avoir imaginé ce précepte, qu'il a recommandé dans une observation publiée dans la Gazette des hôpitaux [1]; mais nous avons vu qu'il avait eu son origine et sa première application à Montpellier; non-seulement nous l'avons émis dans nos leçons, mais il découle naturellement du fait que nous avons publié en 1850 dans l'Union médicale. M. Baudens n'a pas été plus heureux en s'attribuant l'incision faite au delà du lambeau, pour le rendre plus mobile; ce n'est qu'une application particulière des incisions latérales de Thévenin, et on la trouve clairement mentionnée dans la Médecine opératoire de M. Velpeau [2], à propos du procédé rhinoplastique de M. Mutter.

3° *Assurer la régularité du contour de la narine, en donnant au bord inférieur du lambeau un support cartilagineux.* — Jusqu'à ce jour, l'état où se trouvent les ouvertures nasales chez les individus qui ont subi l'opération de la rhinoplastie a été considéré comme l'échec des opérateurs, et ce n'est qu'avec étonnement que nous avons lu dans le Traité de chirurgie plastique de M. Jobert [3] cette assertion contre laquelle s'élèvent le plus grand nombre de faits : « Il n'est pas aussi important qu'on pourrait d'abord se le figurer, de donner au lambeau une régularité parfaite et exactement semblable à la forme de la narine correspondante. Plus tard, il est facile de lui donner la forme que l'on veut, en le taillant avec des ciseaux lorsqu'il est adhérent. » Malgré l'observation que cite M. Jobert à l'appui de son assertion, le témoignage de tous les chirurgiens tend à établir que l'ouverture se rétrécit ou se fronce. Chez certains sujets elle s'oblitère, chez d'autres elle est rendue irrégulière et se trouve entraînée en dehors du parallélisme avec la narine saine, suivant les accidents de la rétraction du lambeau dont la face interne est envahie par du tissu inodulaire. La fréquence, pour ne pas dire la constance de cet accident, a forcé les opérateurs à recourir à des procédés divers pour soutenir le contour de l'ouverture nasale jusqu'à son organisation complète, ou pour changer les conditions de cicatrisation du rebord inférieur du lambeau autoplastique.

Pour soutenir la circonférence de la nouvelle ouverture nasale, on a coutume d'engager dans cette ouverture des corps étrangers qu'on enfonce à une profondeur plus ou moins considérable, et

(1) Numéro du 18 mars 1854, p. 130.
(2) Tome I, p. 650.
(3) Tome I, p. 876.

dont la forme est variable. Delpech se servait de petits anneaux métalliques qui, engagés sous le rebord du lambeau, l'écartaient de la cloison, et permettaient le passage de l'air, sans incommoder par leur poids. Ces petites viroles, suffisantes pour résister à la coarctation, étaient quelquefois enveloppées par le tissu cellulaire tuméfié, et leur chute était ainsi retardée. Nous avons vu un opéré de Delpech chez lequel un de ces supports annulaires avait ainsi séjourné dans la narine de nouvelle formation, pendant plus de deux ans, après la rhinoplastie. Plus souvent, on se contente d'introduire dans la narine des petits tampons de charpie ou de linge ou d'autres corps mous, tels que des morceaux d'amadou ou d'éponge. D'autre fois, dans le but de ménager le passage de l'air, on engage des corps cylindriques creux, tels que des tubes d'ivoire ou d'argent, des tuyaux de plumes, des fragments de sonde ou tels autres corps pouvant remplir le même but. Mais, quoique ce procédé soit très-usuel et qu'il ait dû être employé jusqu'à ce jour, faute de mieux, on a presque toujours échoué à cause de la rétractilité dont jouit le tissu inodulaire qui s'organise à la face profonde du lambeau, surface qui est libre et qui suppure nécessairement, surtout si l'absence des cartilages du nez augmente l'étendue de cette surface libre. La crispation qui en résulte peut même aller jusqu'à l'oblitération ou tout au moins jusqu'à la conversion de la nouvelle narine en une perforation exiguë et cernée par du tissu fibreux cicatriciel.

Suivant une autre idée et afin d'empêcher l'organisation de ce tissu de cicatrice rétractile et dont on ne peut régulariser et limiter le retrait, on a songé à renverser en dedans le rebord du lambeau qui doit former l'orifice, afin que cette espèce d'ourlet soit entièrement cutané et présente un aspect plus conforme à celui des narines normales. Cette idée appartient à Dieffembach : elle est ingénieuse et rappelle la tentative de Delpech qui, voulant restaurer la lèvre inférieure, retourna un lambeau de peau au niveau de son bord libre, dans l'espérance que cette couche cutanée profonde subirait plus tard la transformation muqueuse et reproduirait une lèvre naturelle. Appliquée à la rhinoplastie, l'idée de doubler le bord libre du lambeau réparateur n'est pas cependant aussi avantageuse que les premières apparences l'indiqueraient. Elle exige que le lambeau soit plus considérable, afin de pourvoir à la perte de hauteur qu'exige l'ourlet cutané. Le renversement de la peau en dedans donne au rebord de la narine une épaisseur qui est au détriment de son ouverture; l'exécution de ce petit détail opératoire n'est pas exempte de difficultés. L'inflammation qui se produit nécessaire-

ment à la face interne du lambeau peut gagner le sinus résultant du repli de la peau et faire échouer la réunion immédiate, malgré l'application des points de suture qui assujettissent l'ourlet. Enfin, le succès même de cette réunion n'empêche pas, plus tard, que le contour de la narine, obéissant à la rétraction qui se produit dans le tissu inodulaire au-dessus de l'ourlet, ne déforme et ne rétrécisse l'ouverture nasale. Ces diverses considérations sont cause que Dieffembach a trouvé peu d'imitateurs.

Les cas qui se sont présentés à notre observation nous ont suggéré l'idée de donner au bord inférieur du lambeau un support organique qui assure la régularité du contour de la narine. On a vu, par les faits que nous avons cités, que si le rebord de l'ouverture nasale a échappé à la destruction, il n'y a rien de mieux à tenter que de se servir de ce rebord naturel pour l'adapter au bord libre du lambeau. Ce fait peut être généralisé pour tous les cas de même nature, et les avantages qui en résultent devraient au besoin décider le chirurgien à ne pas retarder la rhinoplastie, dans les cas d'ulcérations envahissantes susceptibles d'être arrêtées par une opération, afin que le contour de la narine ne soit pas atteint à son tour et puisse être utilisé pour la restauration nasale.

La manière de se comporter dans ce cas est très-simple : il s'agit d'isoler par une incision le rebord de la narine qui soutient l'aile du nez, en enfonçant un bistouri aigu dans l'épaisseur de celle-ci, depuis la peau jusqu'à la muqueuse ; on taille une sorte de virole ou de zone qui comprend dans son épaisseur le fibro-cartilage du contour de la narine ; on achève, d'après les règles ordinaires, l'ablation de la partie altérée, et lorsque le lambeau destiné à combler le vide est taillé et mobilisé, on l'attire de la joue vers le nez et on l'encadre dans la perte de substance, de manière à ce que son bord inférieur vienne correspondre au bord supérieur de l'anneau organique maintenu en réserve pour le recevoir et lui faire une bordure naturelle ; quelques points de suture assujettissent ces rapports, qui ne tardent pas à devenir intimes par le fait de l'acte plastique, et qui reproduisent la forme normale du nez jusqu'au point de faire illusion. La hauteur qu'il convient de donner au support du lambeau varie suivant les progrès de la lésion qui exige l'opération ; en général, on doit lui donner toute la hauteur que permet l'état des parties ; mais, la portion saine fût-elle très-exiguë et le rebord naturel fût-il réduit à une bordure très-légère, il serait encore utile de ménager cette bordure, qui rappellerait toujours l'état normal et conserverait une plus grande conformité avec la narine saine.

Dans le cas où le rebord de la narine serait détruit, il y aurait encore possibilité de se procurer une bordure résistante en l'empruntant à une autre portion du cartilage latéral, respectée par la lésion. Découper sur sa partie saine la plus voisine une lanière qu'on laisserait adhérente par son extrémité la plus externe; abaisser cette lanière en la faisant pivoter sur son point d'adhérence, jusqu'à ce qu'elle eût atteint le niveau de l'ouverture nasale; fixer son extrémité mobile à la partie antérieure de la sous-cloison, à l'aide d'un point de suture, serait toujours une manœuvre chirurgicale exempte de difficultés. Il en résulterait une sorte de support ou de branche d'encadrement sur lequel on pourrait, comme dans le cas précédent, greffer le bord inférieur du lambeau réparateur.

Lorsque, dans les premières circonstances dont nous avons parlé, la rhinoplastie a été pratiquée, avec conservation du contour naturel de l'ouverture nasale, les résultats sont vraiment satisfaisants. Non-seulement la forme des parties est maintenue; mais, ainsi que nous l'avons observé chez nos opérés, la conformité des deux narines s'exprime jusque dans leurs mouvements. La dilatation de la narine peut s'opérer par l'action de quelques fibres de l'élévateur commun de la lèvre supérieure et de l'aile du nez, qui agissent sur le rebord cartilagineux, et l'abaissement de l'aile du nez refaite se produit, comme dans l'état naturel, par l'action du muscle myrtiforme ou abaisseur de l'aile du nez qui s'étend, comme on le sait, de la fossette myrtiforme jusqu'à l'extrémité externe du fibro-cartilage du pourtour de la narine.

Des faits et des considérations qui précèdent, nous concluons :

Que la rhinoplastie, et spécialement la restauration partielle de l'aile du nez, est susceptible, dans beaucoup de cas, d'un perfectionnement qui écarte toute difformité, et qui maintient les mouvements de l'aile du nez ;

Que ce résultat s'obtient en appliquant la méthode française par un procédé ayant pour but de soutenir le lambeau réparateur de l'aile du nez et de couserver à la narine son contour naturel;

Que ce procédé consiste à ménager les portions saines de la cloison et du cartilage latéral du nez, et à découper en lanière le contour naturel de la narine, pour en faire la bordure du rebord inférieur du lambeau qui doit s'encadrer dans la perte de substance.

CHIMIE ET PHARMACIE.

De la composition et de la préparation de l'amylène destinée à la pratique de l'anesthésie chirurgicale.

Les hésitations dont nous sommes encore témoins, quant au meilleur mode de préparation du nouvel agent anesthésique, nous engagent à publier la note que nous avons remise à la Commission de l'Académie chargée de l'examen de notre travail sur l'amylène.

Découverte en 1844 par M. Balard, l'amylène est un liquide incolore, très-fluide, bouillant à 39° d'après ce chimiste et à 35° d'après Frankland, d'une densité égale à 2,680, brûlant avec une flamme blanche très-éclairante, en donnant un feu de fumée; la densité de sa vapeur est égale à 2,450 et correspond à 4 volumes; cette vapeur, mise en contact avec l'acide sulfurique anhydre, est rapidement absorbée.

Lorsque le produit présente tous ces caractères, l'amylène est chimiquement pure; tel est le corps qu'a isolé M. le professeur Balard et que, grâce au précieux concours de M. Berthé, nous avons pu employer pour nos premiers essais. A cet état, cette substance est un hydrocarbure, homologue du gaz oléfiant, auquel M. Balard a donné la formule $C^{10} H^{10}$; soit 10 équivalents de carbone et 10 équivalents d'hydrogène. L'amylène se produit en même temps qu'un grand nombre d'autres hydrocarbures, dont deux, la paramylène et la métamylène, ont été isolés et analysés par M. Balard, soit en chauffant à 140° un mélange de volumes égaux d'huile de pommes de terre ou alcool amylique et d'acide sulfurique étendu de son volume d'eau; soit en portant à la température de 130° un mélange d'alcool amylique et d'une solution de chlorure de zinc marquant 70°; soit enfin en décomposant le chlorure d'amyle par l'hydrate de potasse en fusion.

De ces trois procédés indiqués et essayés par M. Balard, celui qui donne les meilleurs résultats est le traitement par le chlorure de zinc. Ce savant chimiste a en effet reconnu que ce composé opérait les dédoublements les plus nets, et que dans le traitement de l'alcool amylique par l'acide sulfurique il se produisait, *en même temps, des corps sulfurés*.

Seulement, ce savant professeur, pour obtenir à l'état de pureté absolue le carbure d'hydrogène qu'il avait à analyser, avait cru nécessaire de le mettre en contact avec l'acide sulfurique, qui possède la propriété d'absorber l'alcool amylique avec lequel il pourrait se trouver mélangé; mais pratiquement, et M. Berthé nous en a rendu

témoin, cet acide a deux graves inconvénients, c'est de décomposer partiellement au moins l'amylène produit, et de la transformer en paramylène, de telle sorte que, si la quantité a été assez considérable, il n'est plus possible de retirer du mélange aucune partie d'amylène, et aussi, dans sa réaction sur cet hydrocarbure et sur les carbures isomères avec lesquels il pourrait se trouver mélangé, de donner naissance à une minime quantité de produits sulfurés, qui modifient complétement son odeur, et lui communiquent soit celle du napthe, soit l'odeur légèrement alliacée, ce qui a fait dire à M. Balard qu'il exhalait l'odeur de choux pourris.

Cette affirmation a contribué à jeter un peu d'indécision dans l'esprit de ceux qui se sont occupés de la préparation en grand de l'amylène. Quelques-uns, désireux d'obtenir un produit dont l'odeur eût quelque rapport avec celle indiquée par M. Balard, résolurent de préparer ce corps en traitant l'alcool amylique par l'acide sulfurique, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut ; mais ils n'avaient pas suffisamment fait attention à cette autre indication de M. Balard, que dans cette réaction il se produit en même temps des corps sulfureux, ce qui est bien démontré par les indications suivantes : lorsqu'on cherche à obtenir l'amylène par l'action de l'acide sulfurique, on recueille, après rectification, un produit dont l'odeur infecte rappelle celle de l'urine de chat ou de l'assa fœtida très-concentrée. Pour démontrer que cette odeur est complétement indépendante de l'amylène, et qu'elle n'est due qu'à la présence de corps sulfureux, M. Berthé a rectifié ce produit avec une très-grande attention, en évitant l'ébullition. Nous avons constaté alors que les premiers liquides obtenus, sans en être complétement exempts, possèdent une odeur bien moins infecte que les résidus de la rectification dans lesquels se sont concentrés les produits sulfureux, et si même sur certains échantillons commerciaux on continue la rectification assez longtemps, on arrive à isoler presque entièrement le mercaptan amylique qui s'est développé pendant la réaction.

M. Berthé, au contraire, convaincu après ses recherches sur ce composé que l'odeur indiquée n'était pas inhérente à l'amylène, mais qu'elle n'était que le produit d'une réaction subséquente, suit les indications de M. Balard, et obtient ce carbure d'hydrogène en traitant l'alcool amylique par une solution de chlorure de zinc qu'il porte à la distillation. Le produit obtenu est soumis à une rectification bien ménagée et bien dirigée. Il commence à distiller à 25°, puis la température continue à s'élever progressivement, jusqu'au delà de 300°. Il faut donc, lorsqu'on veut se maintenir dans

les conditions d'un agent anesthésique, fractionner les produits de la rectification. Celle-ci doit se faire d'abord dans un bain d'eau bouillante, afin de séparer tous les produits non volatils au-dessous de 100°, puis, dans une seconde rectification, recueillir seulement les produits lorsque la température du bain est arrivée à 35°, et en arrêtant aussitôt qu'elle tend à dépasser ce degré ; de cette façon on obtient un corps qui présente et qui possède tous les caractères de l'amylène décrite par M. Balard, moins l'odeur de choux pourris, car ce liquide exhale au contraire une odeur éthérée agréable.

C'est là le produit pur ; mais, pratiquement et industriellement, il n'est pas possible de se maintenir dans des conditions de pureté aussi absolues. La quantité d'amylène pure est tellement minime, que son prix atteindrait des proportions qui en rendraient l'emploi impossible; il faut donc se résoudre à faire usage pour l'anesthésie d'un mélange à proportions, aujourd'hui inconnues, de divers carbures d'hydrogène, dont le point d'ébullition commence à 28° et s'élève progressivement jusqu'à 40 ou 45°, conditions dans lesquelles se trouvent les meilleurs produits qui aient été jusqu'à présent livrés à l'expérimentation par M. Bullock à Londres, M. Hepp à Strasbourg, et la maison Ménier à Paris.

Les précautions à prendre par les chimistes se bornent donc à abandonner complétement l'emploi de l'acide sulfurique, qui donne des produits d'une odeur infecte, insupportable ; à se servir exclusivement de chlorure de zinc; à opérer les rectifications dans un bain dont la température ne dépasse jamais 45°, et à les conduire avec assez de lenteur pour qu'il n'y ait pas de bouillonnement dans l'appareil, à la faveur duquel des liquides moins volatils sont constamment entraînés.

De la préparation du valérianate d'ammoniaque à composition définie.

Ce sel n'avait pu être obtenu, jusqu'à présent, à l'état de pureté et solide. En effet, dans les traités de chimie, même les plus récents, le valérianate d'ammoniaque est décrit liquide et amorphe, et les fabricants de produits chimiques n'ont pu le présenter à l'état solide et cristallisé, pur et à composition constante. MM. Laboureur et Fontaine ont tenté de combler cette lacune. Leur procédé consiste dans la préparation à l'état de pureté de l'acide valérianique et du gaz ammoniac ; puis dans la réunion de ces deux corps. A mesure que la combinaison s'opère, ce sel cristallise sous une forme en apparence confuse ; mais au miscroscope, on distin-

gue très-bien des prismes à quatre pans terminés, soit par des pyramides, soit par des biseaux. Ce mode de préparation a été soumis par leurs auteurs au contrôle d'une Commission de l'Académie de médecine, qui s'est assurée par l'analyse que le produit ainsi obtenu est du valérianate pur.

De ces faits, la Commission a conclu que le procédé et le produit de MM. Labourcur et Fontaine présentent la nouveauté et l'utilité exigées par le décret du 3 mai 1850, et elle a proposé à l'Académie de répondre à M. le ministre qu'il y avait lieu de faire l'application de ce décret à la formule ci-jointe qui a pour objet la préparation du valérianate d'ammoniaque :

Prenez l'acide valérianique monohydraté et pur : disposez-le en couches minces dans une capsule plate, recouverte d'une cloche parfaitement close. Faites arriver dans la cloche du gaz ammoniac anhydre jusqu'à saturation de l'acide valérianique ; conservez le valérianate d'ammoniaque par petites parties, dans des flacons bien bouchés.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur un emménagogue vulgaire, oublié ou inconnu par la thérapeutique de nos jours : la mille-feuille [1].

D'après ce qui précède, on doit voir que la mille-feuille nous a très-favorablement servi et nous sert toujours dans les cas où la suppression cataméniale a tenu et tient à des causes passagères. La tisane de cette fleur nous est encore très-utile quand les menstrues ne nous paraissent pas couler suffisamment pour le bien-être des sujets ; nous la prescrivons alors soit au commencement soit à la fin de l'époque, selon les circonstances, dans le simple but d'activer le flux.

Le même remède nous a-t-il réussi dans les suppressions entretenues par une diathèse, par un état fluxionnaire vers les parties supérieures, par la pauvreté du sang?

Nous ne saurions répondre par l'affirmative, si on ne voulait faire avec nous la part des circonstances, si on ne voulait convenir qu'il y a bien des cas où il est impossible de compter sur le retour des menstrues avant d'avoir singulièrement amendé l'affection générale. Cependant, nous l'avons dit, on peut être porté à faire couler les

(1) Voir la livraison précédente, page 260.

règles pour produire une révulsion avantageuse; ainsi dans la phthisie pulmonaire ces cas ne sont pas rares.

Comme à cet égard notre sujet nous paraît plus intéressant, on nous permettra de citer brièvement quelques observations parmi celles que nous avons recueillies.

Obs. I. La fille B... a dix-neuf ans; elle est d'un tempérament lymphatico-nerveux; à l'âge de troize ans, n'étant pas encore menstruée, elle fut atteinte d'une chorée, qui dura pendant un an ou davantage, car on ne peut rien nous assurer à cet égard; on fit beaucoup de traitements, et on insista notamment sur les ferrugineux. L'affection cessa à peu près avec l'établissement des menstrues, qui se montrèrent vers la quinzième année d'une façon très-irrégulière qui s'est toujours conservée. Pendant trois ans, cette fille s'est bien portée; elle est devenue grande et forte; puis les règles ont disparu sans cause connue, et la chorée est revenue avec une intensité des plus vives. C'est alors qu'on nous a consulté. Saignée à la jambe, sangsues à la vulve, bains de pied sinapisés, rue, safran, ferrugineux, antispasmodiques, tout ces moyens sont essayé à diverses reprises sans bon résultat, sans amendement. Après quelques mois, la malade est affectée d'un rhumatisme général. Pendant les premiers jours de celui-ci, les attaques de chorée sont plus violentes; elles semblent vouloir se compliquer de congestion cérébrale, et cependant, malgré la rougeur du facies, la tête est toujours libre. Bientôt la chorée perd peu à peu de son intensité et le rhumatisme reste seul. Après avoir longtemps persisté et résisté à une infinité de médications, il s'efface par des sueurs d'abord et puis par la diarrhée.

Le bien-être ne persista qu'un mois, puis les douleurs rhumatismales revinrent; nous étions décidé à rester dans l'expectation, mais la malade se plaignant d'ardeur dans le fond de l'abdomen, de douleurs à la région lombaire, nous avons fait appliquer deux sangsues à la vulve et fait promener des cataplasmes très-chauds sur les extrémités inférieures. Après deux jours, ne voyant rien de changé, nous faisons administrer une forte infusion de mille-feuille, qui fut répétée le lendemain. Cette fois les menstrues ont paru, mais si peu que la malade n'a eu que quelques taches à sa chemise et a été immédiatement peu soulagée; le rhumatisme a duré un mois de plus et les règles ne sont revenues que le quarantième jour et ont coulé tout un jour. Nous n'avons pas manqué ce jour-là de donner la mille-feuille. Le sang étant très-peu coloré et la malade ayant bien pâli, nous nous occupons en ce moment même de la fortifier; les règles ont encore paru à deux reprises, mais peu abondamment et d'une façon bien irrégulière.

Cette observation est remarquable à plusieurs points de vue : la chorée a paru à l'âge de treize ans, c'est-à-dire à l'âge de la puberté, et a duré jusqu'à l'apparition des menstrues; elle a reparu plusieurs années après, à la suite d'une suppression des règles, et a fait place à un rhumatisme qui lui-même semble n'avoir bien cédé qu'au rétablissement du flux cataménial.

Obs. II. Mlle M..., d'Octon, est fille de paysans très-aisés; son père est mort phthisique et son frère vient de mourir de consomption, à la suite de tumeur blanche du genou. En novembre 1855, cette jeune fille toussant beaucoup et crachant le sang, le médecin de son village me fait appeler en consultation;

voici comment la maladie était venue. Mlle M... étant allée accompagner un jeune frère aux bains de mer, se mit à l'eau ayant ses menstrues; celles-ci, d'ordinaire très-abondantes, se supprimèrent et n'ont plus reparu. Malgré plusieurs médications essayées, la malade peut à peine parler, tant elle est enrouée; sa figure a pourtant l'air de la santé, mais l'auscultation nous fait entendre des craquements secs au sommet du poumon droit; il n'y a pas de fièvre et l'estomac fonctionne bien; la malade tousse beaucoup, rend des crachats tantôt muqueux, tantôt sanguinolents. A cause des précédents de famille, nous mettons la malade à l'huile de foie de morue; nous ordonnons des tisanes expectorantes, la pâte d'escargots, un régime approprié, des bains de pied, etc. Tout cela n'empêche pas qu'à la fin de novembre les craquements secs n'aient fait place aux craquements humides, que quelques sueurs nocturnes n'aient apparu, que la fièvre ne se soit déclarée avec des moments de rémittence; la malade crache toujours du sang mêlé à des mucosités très-épaisses, sinon purulentes. Il y a déjà un cautère au bras; malgré la fièvre nous en plaçons deux sur la poitrine, mais avant tout nous prescrivons la tisane de mille-feuille, car nous étions à l'époque des règles. Dès la seconde tasse de tisane, le flux cataménial reparut et il survint aussi des hémorrhoïdes. Dès ce moment le mieux se manifesta, et déjà, le lendemain de Noël, nous vîmes danser la malade chez le médecin même du village; au mois de février elle était aussi bien que possible, tant au point de vue local qu'au point de vue général.

La pauvre jeune fille n'en eut pas pour longtemps; nous l'avions perdue de vue quand, au mois de mai, on nous apprend qu'elle vient de mourir. Nous fûmes tout surpris; nous crûmes pendant quelque temps que la phthisie avait repris sa marche ascendante et amené sa terminaison funeste habituelle; mais la mère, qui vint nous voir bientôt après, nous raconta que sa fille allait parfaitement bien, lorsqu'elle prit froid et fut prise d'une congestion cérébrale avec délire, qui l'avait emportée dans deux ou trois jours.

Obs. III. Ces jours derniers nous avons été appelé en consultation pour la femme Hug...; elle est phthisique et crache du sang depuis longues années: la malade, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution molle, est âgée de trente-cinq ans et mère de trois enfants. Sa dernière couche, il y a trois ans, fut très-pénible, accompagnée et suivie pendant quelque temps d'anasarque; elle allaita pourtant, et depuis deux ans elle se portait assez bien; elle a toujours été très-abondamment réglée, et ses menstrues coulaient huit jours.

Vers le 10 novembre courant, elle fut atteinte d'un violent catarrhe qui la força à s'aliter. Trois jours après le médecin ordinaire fut appelé, ordonna un émétique; mais les règles étant survenues, celui-ci fut remplacé le lendemain par un lavement avec l'huile de ricin; les règles s'arrêtèrent brusquement, les jambes s'enflèrent, l'abdomen devint douloureux. Sept jours après cet accident on m'appela; nous constatâmes les symptômes mentionnés; de plus, la région du foie présentait une matité considérable; cet organe dépassait de deux ou trois doigts les fausses côtes, et il s'étendait en haut jusqu'au mamelon. Il y avait un peu de dyspnée, un pouls très-petit, etc. Le médecin ordinaire avait déjà essayé sans succès de rappeler le flux cataménial, de la suppression duquel provenaient évidemment en grande partie les nouveaux désordres; ainsi il

avait prescrit l'application de quelques sangsues au haut des cuisses. Nous conseillâmes une forte infusion de mille-feuille, et le lendemain matin nous constatâmes une amélioration générale sensible; un peu de sang s'était échappé par la vulve; la peau était moite, le pouls un peu relevé, l'abdomen plus souple, l'œdème un peu diminué aux membres.

Il est bien entendu que nous cherchâmes à amender l'état général par d'autres moyens dont je ne fais pas ici mention.

Malheureusement les menstrues ne s'établirent que très-faiblement; de nouvelles infusions de mille-feuille restèrent inefficaces, et la malade, après plusieurs jours de maladie, est morte en crachant le sang.

Obs. IV. Mlle F... est une jeune couturière bien colorée, âgée de dix-sept ans, née de mère phthisique et de père scrofuleux; elle dit avoir beaucoup souffert avec sa belle-mère; à douze ans, elle commença à être réglée et l'a toujours été régulièrement jusqu'à près de seize ans. A cette époque elle vit ses menstrues diminuer, puis disparaître. Depuis quelque temps déjà elle souffrait dans la région métatarsienne droite. Dès la cessation complète des menstrues, cette région s'enfle dans sa partie supérieure et la malade arrive à ne plus pouvoir marcher; puis il se forma une petite tumeur près de la malléole interne.

Appelé, nous ouvrîmes cette petite tumeur qui a longtemps coulé; nous fîmes une application de sangsues, en avant de la malléole opposée où se manifestait une vive irritation, puis nous prescrivîmes l'huile de foie de morue, les pommades mercurielle belladonée, iodurée, iodée, etc. Après un mois de ce traitement, l'état général était excellent, mais l'état local était toujours mauvais; nous pensâmes que celui-ci s'amenderait si nous parvenions à faire couler les menstrues, que depuis bien des mois déjà la malade n'avait pas vues. Nous attendîmes l'époque habituelle, puis nous donnâmes la mille-feuille en forte infusion tous les matins; le quatrième jour un beau sang rouge-noirâtre apparut par la vulve.

Ce que nous avions prévu arriva; le pied fut bientôt réduit à des dimensions presque normales. Il est vrai que nous insistâmes beaucoup sur l'emploi de l'emplâtre du professeur Alquié avec le protoiodure de fer et l'usage de l'huile de foie de morue comme médication interne.

Au mois d'août, pour assurer la guérison, nous envoyâmes notre malade aux bains de mer. Elle s'en trouva parfaitement d'abord, puis elle fatigua tellement qu'elle revint avec un pied énorme, que nous fûmes obligé d'ouvrir deux fois et d'où il s'écoula une quantité considérable de pus. A la suite de cette reprise de la maladie, diminution des règles d'abord, puis suppression le deuxième mois. Nous remîmes la malade à l'huile de foie de morue, et à la seconde époque où nous ne vîmes pas apparaître le flux menstruel, nous donnâmes la mille-feuille, qui le fit arriver dès la première prise. — Cette malade est à la veille de se marier.

Obs. V. Mlle Q... est phthisique; sa maladie suit une marche très-lente; seulement ses menstrues se suspendent assez souvent, et quand il en est ainsi il y a de la lassitude, une toux très-fatigante, de la rougeur vive aux pommettes, de l'ardeur au cou ou de l'enrouement, de l'essoufflement, un peu de fièvre. La mille-feuille me réussit bien souvent chez cette malade, et on ne me consulte même plus pour l'administrer aujourd'hui quand les règles tardent à paraître.

Nous nous contenterons d'avoir cité ces quelques cas; avant d'en finir, toutefois, nous devons ajouter que, dans d'autres cas de phthisie pulmonaire avec irritation sanguine, où nous aurions voulu

ramener le flux disparu, nous n'avons pas plus réussi avec la mille-feuille que par les autres moyens, et cela nous est précisément arrivé chez une parente de la précédente malade, jeune fille de vingt ans, morte il y a quelques mois. Pourtant une infinité de signes nous dénotaient que l'écoulement cataménial était indiqué; les grandes lèvres allaient jusqu'à enfler et à devenir rouges. Nous tâchions bien de suppléer par quelques sangsues, une petite saignée, au flux menstruel, et nous étions ainsi arrivé à suspendre les progrès de la maladie. Malheureusement les parents croyaient avec quelque raison que tous les accidents provenaient de l'absence des règles; or, les religieuses de Lodève et bien d'autres passent pour avoir un remède très-propre à les rappeler; c'est là qu'on conduisit la fille Q*** ; les menstrues ne parurent pas, malgré les médicamentations ordonnées par les religieuses; la malade seule nous revint avec une fièvre très-vive, qui l'a conduite au tombeau en quelques mois.

On sait combien la menstruation, chez quelques jeunes filles, est difficile à s'établir et irrégulière dans ses premières manifestations. Tous les praticiens ont vu des filles qui, quoique ayant passé l'âge de la puberté, n'ont encore point vu paraître le flux cataménial, ce qui les tourmente excessivement. On pense bien que nous n'avons pas trouvé dans la mille-feuille un remède efficace dans tous ces cas d'absence de menstruation; nous dirons même que, dans ces circonstances, nous n'avons guère obtenu plus de succès avec cette plante qu'on n'en obtient avec tous les autres médicaments dont l'action se borne à stimuler les fluxions utérines, en prenant le mot fluxion dans son large sens. Ce n'est donc surtout que comme susceptible de ramener un écoulement supprimé que nous vantons la mille-feuille, ce qui ne nous empêche nullement de nous en servir, quand nous supposons qu'on n'a plus besoin, pour faire arriver les menstrues non apparues, que de stimuler l'utérus et de diriger sur lui les mouvements fluxionnaires.

En terminant notre mémoire, nous appelons l'attention sur les deux curieuses observations qui vont suivre et qui sont relatives à l'action de la mille-feuille sur le retour des lochies.

Obs. VI. La femme C..., âgée de dix-huit ans, primipare, met au monde un beau garçon, après une couche assez laborieuse mais naturelle. Les lochies coulent bien pendant deux jours. Le troisième jour, à la suite d'émotions pénibles répétées, les lochies se suppriment pendant un fort tremblement, et tout nous dénote un accès pernicieux. Le calme revenu, nous administrons 1 gramme de sulfate de quinine ; le surlendemain, accès plus violent que le premier; les lochies sont toujours supprimées malgré les révulsifs mis en usage; le ventre se ballonne, la langue est sèche, le facies très-altéré, etc. Aussitôt que la sueur

se manifeste, je donne 1 gramme de sulfate de quinine associé à 8 grammes de résine de quinquina, en trois reprises, et en même temps je prescris la mille-feuille pour rappeler les lochies. Une heure après la première infusion, l'écoulement reparaît et continue; tout marche bien dès cet instant. J'ai recueilli cette observation au mois de janvier 1856.

J'avais agi, simplement guidé par l'action de la mille-feuille sur le retour des règles.

Au mois d'octobre dernier, j'ai eu un cas à peu près semblable, mais de beaucoup moins grave; les lochies supprimées depuis dix-huit heures, le quatrième jour de l'accouchement, ont été bien rappelées.

Les cas de suppression de lochies sont rares; sur quatre-vingt-deux accouchements pratiqués depuis vingt-six mois, je n'en ai observé que trois exemples, et j'ai perdu la première malade sans pouvoir rappeler les lochies; je ne connaissais pas alors l'action de la mille-feuille. Peut-être n'aurais-je pas mieux réussi avec cette plante, mais je dois constater ce qui est.

J'ai raconté seulement ce que j'ai observé avec soin; je serai heureux de voir répéter mes expériences, et je poursuivrai moi-même mes études à ce sujet, surtout en ce qui a rapport au retour de l'écoulement lochial. Que ceux qui se serviront de la mille-feuille n'oublient pas le précepte: *Occasio præceps*. J'ai la conviction qu'ils réussiront dans beaucoup de cas, s'ils veillent à cette condition et s'ils ne renoncent pas à l'usage de cette plante, quand ils n'obtiendraient pas de succès dans des cas où il n'est guère possible d'en espérer.

A. Ronzier-Joly, D. M.
à Clermont (Hérault.)

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses, par le docteur O. Landry, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine (paralysies), secrétaire de la Société médicale d'observation, et membre de la Société anatomique.

Nous le dirons de suite, M. O. Landry nous semble un peu radical dans sa conception des névroses; s'il dépendait de lui de réformer le langage de la science sur ce point, il n'hésiterait pas, il effacerait ce mot de sa nomenclature, comme expression fausse d'un ontologisme vieilli. Ces affections nerveuses ne sont pas des maladies, mais de simples expressions morbides, dit-il quelque part: lors même qu'une névrose, nettement définie, éclate immédiatement sous

l'influence d'une cause qui va droit au système nerveux, comme une violente commotion morale, si cette affection est autre chose qu'un simple accident nerveux passager, si elle s'installe d'une manière permanente dans l'organisme, c'est qu'elle y rencontre quelqu'une des conditions étiologiques d'où partent toutes les névroses, anhémie, chlorose, pléthore, cachexie, diathèse, etc.; si là n'est pas sa raison d'être, là est au moins sa raison de persister; de soi, tout trouble nerveux tend à disparaître, à s'effacer par le seul bénéfice du jeu spontané des forces immanentes dans l'organisme. Telle est, en substance, la manière dont M. O. Landry comprend la genèse des névroses; voici maintenant comment, ce point de départ déterminé, il croit devoir poser les indications que l'art doit s'efforcer de remplir dans l'institution de la thérapeutique propre à combattre ces maladies. Expression, et rien qu'expression pathologique d'états morbides divers, à peine si les névroses donnent lieu par elles-mêmes à quelques applications thérapeutiques; simple écho d'un état morbide local ou général, elles ne sauraient fonder d'indications sérieuses; celles-ci se déduisent uniquement de la maladie, dont les désordres nerveux sont la mobile expression. C'est ainsi que, dans un grand nombre de cas de névroses, c'est tantôt à reconstituer le sang qu'il faudra s'appliquer, tantôt à en combattre la trop grande plasticité; ici il faudra lutter contre l'helminthiase; là on devra diriger tous les efforts de la thérapeutique, pour faire cesser une localisation morbide qui, épine étiologique, va agacer le système nerveux, et susciter les désordres, qu'à tort, depuis Cullen, on considérait comme une détermination morbide suffisamment caractérisée, etc.

Dans notre opinion, il y a du vrai dans cette manière de considérer les choses de la vie pathologique du système nerveux, mais tout n'y est pas vrai. M. Landry a parfaitement compris que, tout nouveau venu dans la science, ce serait de sa part risquer beaucoup que d'assumer tout seul la responsabilité d'une thèse aussi radicale que celle-là; aussi bien, avec une modestie qui l'honore, s'empresse-t-il de prévenir ses lecteurs que ces vues qu'il exprime, il les a en très-grande partie empruntées à d'illustres maîtres, tels que Boerhaave, F. Hoffmann, Tissot et quelques contemporains; et il ne se réserve, en tout ceci, que l'honneur de rappeler une vérité oubliée, et, suivant la mesure de ses forces, de la vérifier au contact des faits, et de la populariser. Bien que, dans notre opinion, M. Landry s'exagère singulièrement la portée des faits sur lesquels il s'appuie pour soutenir la thèse que nous venons d'indiquer, nous

espérons que ce ne sera pas sans profit pour la science qu'il appliquera à l'élucidation de cette thèse, et son ardeur pour le travail, et son intelligence distinguée. A mesure qu'il avancera dans cette direction, qu'il passera de l'érudition à l'étude directe des faits, nous sommes convaincu qu'il s'apercevra que cette vue de l'action des causes occasionnelles des névroses, sur lesquelles il concentre aujourd'hui son attention, n'épuise pas la notion ontologique de ces maladies, et qu'elles constituent, dans la vie pathologique, une réalité aussi concrète que les fièvres, que les phlegmasies, que le cancer, le tubercule, etc.

Ce serait de beaucoup dépasser les bornes dans lesquelles nous devons nous circonscrire ici, que d'énoncer seulement les objections nombreuses que soulève à première vue la doctrine radicale que soutient M. O. Landry dans ses recherches; nous ne ferons qu'en indiquer quelques-unes. Par quel privilége d'abord le système nerveux ne pourrait-il être troublé dans ses actes normaux par le seul fait d'une perversion directe, idiopathique? Est-ce que ces troubles sont en raison inverse de la complexité même des actes dont un organe ou un appareil sont chargés dans l'économie de la vie? Et puis, s'il suffisait que le sang fût modifié dans sa composition chimique, pour que ces déterminations morbides, que longtemps encore on appellera des névroses, vinssent à se produire, comment se fait-il qu'on ne voie pas celles-ci surgir constamment au milieu d'une foule de maladies aiguës ou chroniques, qui réalisent à coup sûr les principales conditions étiologiques, dont on veut faire l'*enormon* de ces affections pathologiques? D'un autre côté, si, comme cela est vrai, on voit, dans un certain nombre de cas, quelques névroses, comme l'hystérie surtout, se lier à certaines conditions d'hématose anormale, combien de cas par contre ne se rencontrent-ils pas, où cette filiation étiologique fait complétement défaut, et où l'on n'a rien de plus sous les yeux qu'une perversion particulière du système nerveux? M. Briquet, dans ces derniers temps, a réformé, sur l'étiologie fort confuse de cette maladie, une foule d'idées erronées, trop facilement acceptées dans la science sur la foi d'autorités non discutées : il résulte, entre autres conséquences, de ces recherches, que l'éducation a la plus grande part dans la genèse de cette maladie; comment M. O. Landry conciliera-t-il cette donnée expérimentale incontestable avec les vues radicales qu'il exprime dans son livre sur l'étiologie des névroses, et que nous avons sommairement exposées? Et puis encore, si, d'une part, l'on voit des névroses se produire tous les jours en dehors des influences accusées, n'est-ce pas également

un fait que l'on peut observer tous les jours, qu'en présence de ces influences, ces maladies, Dieu merci, manquent complétement.

Nous nous contenterons pour le moment de ces simples remarques. M. Landry se propose de poursuivre, et poursuit même probablement déjà l'étude intéressante qu'il a commencée : qu'il nous démontre la vérité de sa thèse, qu'il affranchisse celle-ci des difficultés auxquelles elle se heurte à son premier développement, et nous n'hésiterons pas plus à appuyer sa conception que nous n'hésitons à la combattre, aujourd'hui qu'elle nous paraît si clairement vulnérable dans les bases fondamentales sur lesquelles elle s'appuie.

Mais si cette doctrine nous paraît erronée, en tant qu'elle aspire à faire disparaître complétement les névroses, comme détermination morbide distincte, du cadre nosologique, et si, à ce titre, nous la combattons, est-ce à dire qu'il n'y a rien de vrai dans cette conception ? Ce serait se méprendre complétement sur le sens de la pensée que nous voulons exprimer ici, que de l'interpréter de cette façon. Que les circonstances vitales, dont M. Landry fait sortir les névroses, soient radicalement impuissantes à produire un pareil effet, c'est notre pensée ; mais que ces circonstances influent sur le développement de ces maladies, comme causes occasionnelles, et que dans l'institution de la thérapeutique qu'elles appellent, on en tienne largement compte, c'est aussi notre conviction profonde. En ceci l'auteur, dont nous examinons en ce moment les idées, nous paraît méconnaître un peu les tendances réelles de la pratique. Écoutez plutôt : « Malgré les tendances plus philosophiques de quelques médecins modernes, dit-il, le traitement des névroses se trouve presque entièrement soumis à un regrettable empirisme ; et il faut bien l'avouer, cet état de choses reflète malheureusement notre manière de comprendre ces affections. Dans chaque maladie nerveuse, en effet, nous ne voyons que la forme, l'expression symptomatique, à laquelle nous accordons une sorte de spécificité qui régit la médication. Une névrose étant donnée, tout se réduit pour nous au diagnostic de l'espèce, et, si je puis ainsi dire, à placer la case thérapeutique sur la case nosologique : à l'hystérie, l'éther et la valériane ; pour la paralysie, l'électricité ou la strychnine ; contre l'épilepsie, le zinc, le cuivre, etc. Simplification extrême de l'art de guérir qu'on appelle empirisme, et qui se déduit naturellement du système de classification connu sous le nom d'ontologisme, etc. » Il y a beaucoup d'erreurs dans ce petit nombre de lignes. Nous n'en relèverons que deux, l'une philosophique, l'autre pratique. L'erreur philosophique, c'est de supposer qu'un système de classification soit de l'ontologie. Étudiez

es classificateurs, et interrogez-les : tous vous répondront qu'ils n'ont d'autre but, dans leurs classifications, que de copier la nature dans les divers ordres de développement phénoménal par lesquels elle s'exprime : quant à atteindre le fond des choses, ils n'en ont pas la prétention ; et ils l'ont si peu cette prétention, que tous, quand une des circonstances dont M. Landry fait sortir les névroses se présente dans le cours de celles-ci, posent comme règle d'en affranchir tout d'abord l'organisme par une médication spéciale.

Ainsi, on le voit, M. Landry a quelque peu exagéré la portée des idées sur lesquelles reposent les classifications modernes, et la pensée qui a conduit à ces classifications n'a pas tellement dominé les esprits dans la pratique, que tous ne fassent sur ce point à peu près ce qu'il conseille lui-même. Seulement les premiers, en obéissant tout d'abord aux indications dont il s'agit, n'aspirent à rien de plus qu'à simplifier la maladie, ou à lui ôter un de ses prétextes, tandis que le second croit faire en cela une médication radicale. Cette question ainsi posée, les faits seuls peuvent la résoudre ; or, il nous semble que les faits, interrogés sévèrement sur ce point, ne répondent pas dans le sens de la doctrine de ce jeune et distingué médecin.

Malgré cette dissidence, nous n'en engagerons pas moins notre laborieux confrère à poursuivre ses consciencieuses recherches ; la science gagne toujours quelque chose à ce que les idées fondamentales, qui en sont comme les assises séculaires, soient aussi hardiment remuées.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Accouchement prématuré artificiel pratiqué avec succès pour la mère et pour l'enfant dans un cas d'apoplexie pulmonaire. — Il règne encore trop d'hésitation parmi les médecins, relativement à la pratique de l'accouchement prématuré, pour que nous ne cherchions pas, de temps en temps, à entraîner leurs convictions dans cette voie par des faits bien recueillis et bien observés. Mais ce que nous tenons surtout à établir, c'est que ce n'est pas seulement pour des circonstances tokologiques, pour des rétrécissements du bassin compris entre les limites de 9 1/2 et de 6 1/2 centimètres, par exemple, que l'accouchement prématuré artificiel est impérieusement réclamé ; il est encore d'autres affections qui, ne tenant pas de près ni même de loin quelquefois à la grossesse, peuvent acquérir cependant,

sous l'influence de celle-ci, des proportions telles que la vie de l'enfant et celle de la mère soient très-prochainement compromises. Nous pouvons nous borner à renvoyer pour les indications de l'accouchement prématuré artificiel à l'ouvrage de M. Silbert, d'Aix, que nous avons analysé récemment, et nous dirons par conséquent ici d'une manière générale que toute maladie qui apporte à la respiration et à la circulation un obstacle considérable, si cet obstacle est de nature à être levé par l'accouchement, réclame l'emploi de moyens propres à amener promptement cet heureux résultat.

Un fait intéressant, qui s'est passé récemment dans le service de M. Aran, à l'hôpital Saint-Antoine, est bien de nature à encourager les praticiens à recourir plus souvent à l'accouchement prématuré; car non-seulement l'accouchement a fait cesser les accidents graves auxquels la mère était en proie, mais l'enfant lui-même a été sauvé.

Revel (Louise), âgée de trente-sept ans, marchande des quatre-saisons, fut apportée à l'hôpital Saint-Antoine, le 16 octobre dernier (salle Sainte-Thérèse, nº 15), en proie à des accidents d'apoplexie pulmonaire des plus graves. Enceinte de huit mois, elle avait été prise, vingt-quatre heures auparavant, au milieu d'une santé parfaite, d'une oppression très-forte et d'une toux fatigante, suivie de quelques crachats sanglants.

A son entrée à l'hôpital, la face était cyanosée, les lèvres bleuâtres, la respiration haute et fréquente et la dyspnée si intense que la malade se tenait assise sur son lit, et renversait fortement la tête en arrière à chaque inspiration; expectoration très-abondante consistant en un liquide rouge, spumeux, ressemblant à du sang mêlé d'une grande quantité d'eau et couvert d'écume, sans caillots; on entendait à distance des râles muqueux et une sorte de gargouillement ayant son siége dans la trachée; pas de matité appréciable et même sonorité exagérée le long des gouttières vertébrales; gros râle sous-crépitant mêlé de râle sibilant prolongé, couvrant les deux temps de la respiration dans toute l'étendue de la poitrine, excepté à la partie latérale du poumon gauche, où les ronchus sont moins nombreux; bruits du cœur masqués par la sibilance; pouls à 128, petit, à peine sensible, irrégulier; extrémités froides et cyanosées; impossibilité d'ausculter le souffle placentaire et les bruits du cœur du fœtus, dont les mouvements avaient cessé de se faire sentir depuis vingt-quatre heures (saignée de 350 gram.; deux heures après trente ventouses sèches, dont quinze vésicantes appliquées sur les parois thoraciques, et julep avec 0,75 de sulfate de cuivre).

La saignée avait amené un soulagement très-marqué immédiate-

ment; mais les râles persistaient encore le lendemain dans la poitrine, et les crachats, bien que moins abondants, étaient encore teints de sang. Un large vésicatoire fut appliqué sur la poitrine. Une seconde saignée du bras fut même pratiquée le 19, pour en finir avec l'expectoration sanglante; quelques jours après, en effet, la malade semblait débarrassée de tous ses accidents. On apprit alors que cette femme, assez maigre et d'une constitution médiocrement forte, était sujette à s'enrhumer les hivers et toussait depuis longtemps; sept fois enceinte dans l'espace de neuf années, tous ses enfants étaient morts très-jeunes. La malade offrait, du reste, quelques signes de tuberculisation : diminution de sonoréité et expiration prolongée, mêlée de râles sibilants, avec un peu de retentissement de la voix au sommet du poumon gauche; quelques signes de tuberculisation, mais moins prononcés, au sommet droit.

On pouvait croire que la malade allait marcher régulièrement vers la terminaison de sa grossesse, lorsque le 22 octobre elle fut prise, pour la seconde fois, d'oppression et de crachements de sang. Une saignée de 350 grammes fut sans résultat, et, le lendemain, la malade était assise sur son lit, les jambes pendantes et œdématiées, la face amaigrie et jaunâtre, les pommettes plaquées de rouge, les pupilles très-dilatées, le pouls faible, 120 pulsations, la respiration haute et pénible, 48 inspirations par minute; expectoration sanglante, spumeuse, abondante; les mouvements du fœtus ne sont plus perçus depuis vingt-quatre heures; impossibilité d'examiner la malade et surtout de rechercher les battements du cœur et de l'enfant.

Tout en cherchant à combattre ces graves accidents pulmonaires par un vésicatoire volant sur le dos et par un julep avec l'acide gallique, M. Aran ne crut pas pouvoir abandonner la grossesse à elle-même, et introduisant la sonde utérine dans la cavité de la matrice, il chercha à décoller les membranes; mais le soir arriva sans qu'aucune douleur puerpérale se fût manifestée, le col, toujours mou, ne s'était pas dilaté, rien n'annonçait qu'il y eût un commencement de travail; des injections d'eau tiède furent faites pendant dix minutes dans la cavité utérine, au moyen d'une sonde introduite dans le col. Deux heures après le travail commençait et il se termina au bout de trois heures par l'expulsion d'un enfant vivant.

Les suites de cette opération furent des plus simples : le lendemain, 24 octobre, l'expectoration était déjà moins abondante, les crachats toujours sanglants, mais plus consistants, le pouls toujours fréquent, mais la respiration bien moins précipitée, 24 inspirations

par minute et les râles moins abondants. A partir du 25, les crachats cessèrent d'être sanglants ; les râles disparurent peu à peu, et le 30, la malade allait tout à fait bien, ainsi que son enfant qu'elle nourrissait. Elle est sortie quelques jours après de l'hôpital en très-bon état.

Nous n'ajouterons qu'un mot, relativement au procédé opératoire suivi pour déterminer l'accouchement prématuré : on a pu voir que le décollement des membranes n'est pas toujours un procédé assez rapide dans ces cas où il faut arriver vite, et que les injections d'eau tiède dans la cavité utérine, soit à l'aide du procédé suivi dans ce cas, soit avec l'instrument dont nous avons donné la description il y a quelque temps, conviennent mieux ; aussi n'hésiterions-nous pas à préférer ce dernier moyen et, à plus forte raison, à y avoir recours très-tôt si la ponction ou le décollement des membranes n'étaient pas suivis rapidement de l'établissement du travail.

Observation de symblépharon opéré par un nouveau procédé ; succès apparent ; récidive ; valeur des divers procédés opératoires. — De tous les procédés opératoires que le génie inventif des chirurgiens a su multiplier contre cette infirmité rebelle qui consiste dans l'adhérence anormale des paupières entre elles et avec le globe de l'œil, il en est un qui, conçu et exécuté à deux années d'intervalle en France par M. le professeur Laugier et par M. Jarjavay, a paru un instant devoir détrôner tous les autres ; c'est celui qui consiste à mettre le globe en contact avec la face saine, conjonctivale, de l'adhérence, à fixer le sommet de celle-ci dans l'épaisseur de la paupière. Mais déjà M. le professeur Arlt, de Prague, avait exécuté en 1854 une opération semblable, qui se trouve décrite dans les Annales d'oculistique ; M. le professeur Arlt, y est-il dit, saisit avec une petite pince l'extrémité de la pseudo-membrane fibreuse implantée au niveau de l'union de la cornée et de la sclérotique, la souleva, la coupa transversalement, puis la détacha tant en haut qu'en bas de la sclérotique. Après cela, au moyen de deux aiguilles courbes, il fit passer des fils cirés, en deux endroits différents, à travers la fausse membrane, ainsi qu'à travers la partie de la paupière inférieure qui longe l'arcade osseuse. Les deux points traversés par les aiguilles étaient distants l'un de l'autre transversalement de 5 à 6 lignes. En tirant les fils, il fit enrouler en dedans la fausse membrane et la tint enfoncée en bas. Ensuite, dans l'espace compris entre les deux points susindiqués sur la peau de la joue ou de l'arcade orbitaire inférieure, il plaça un coussinet de

toile, auquel il lia les deux fils qui tiraient et retenaient en bas la fausse membrane. Cette opération avait donné lieu à une plaie triangulaire dont le sommet était situé en haut et la base en bas. Pour recouvrir cette surface sanglante ou cette partie de la sclérotique mise à nu, le professeur Arlt pratiqua une suture entrecoupée des bords de la plaie. Au bout de trois jours, il coupa les fils de cette suture et ceux qui retenaient enfoncée la fausse membrane dans la partie inférieure de l'orbite.

Nous allons rapporter maintenant une opération du même genre, pratiquée par M. Jarjavay :

R... Étienne, âgé de trente-neuf ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n°13, pour un ectropion double, avec mydriase complète et kératite chronique. L'œil gauche est atteint de symblépharon. De la face interne et du bord libre de la paupière inférieure part une bride qui avance jusque sur le centre de la cornée. Cette bride est d'un rose jaunâtre et fixe le globe de l'œil à la paupière inférieure, qui suit tous les mouvements de ce globe. Sa largeur est de 1 centimètre à sa base, qui correspond à la partie moyenne de la paupière. Elle va s'effilant en haut, prenant une forme triangulaire; elle adhère au sillon palpébral.

L'opération est pratiquée le 11 octobre 1854 : séparation de la bride au moyen d'une dissection pratiquée sur la face antérieure de la cornée; le globe de l'œil est ainsi isolé de la paupière; puis un fil est fixé sur le sommet de la bride au moyen d'un nœud. Le chef opposé de ce fil est passé dans le chas d'une aiguille courbe, large, à bords tranchants. Cette aiguille transperce la paupière inférieure au niveau de son bord adhérent, et de dedans en dehors; elle entraîne le fil, qui lui-même fait suivre le sommet de l'angle de la bride, dans l'épaisseur de la paupière. Pour maintenir cette bride, le fil est fixé sur la face externe de la joue avec une plaque de diachylon. Aucun accident. Le quatrième jour, le fil a été retiré. Le malade quitte l'hôpital le 6 novembre, l'adhérence ne s'est pas reformée.

Il est facile de voir l'analogie du procédé de M. Arlt et de celui de M. Jarjavay, dont celui de M. Laugier n'est qu'une modification, M. Laugier s'étant rencontré avec ses prédécesseurs dans l'énoncé des principes et dans son exécution. Mais ce qui importe beaucoup plus qu'une question de priorité, c'est de savoir le résultat définitif de cette opération. On vient de voir que le malade de M. Jarjavay paraissait sinon guéri, au moins amélioré après un mois. De même, dans l'opération pratiquée par M. Laugier, et dont ce chirurgien a communiqué les détails à l'Académie des sciences, l'opération avait

été suivie de succès ; l'œil avait recouvré ses mouvements. Dans une autre opération, pratiquée cette année par M. Maisonneuve, d'après ce procédé, le résultat immédiat fut aussi complet pendant plus d'un mois.

Mais à ces succès momentanés nous avons malheureusement à opposer autant de récidives sur les mêmes malades. Revu en 1856 à Bicêtre par M. le docteur Vautrin, qui a communiqué ces détails dans sa thèse inaugurale, l'œil gauche du malade de M. Jarjavay était réuni à la paupière inférieure par une bride large d'un demi-centimètre à la base, et dont le sommet un peu plus étroit s'insérait au-dessous de la cornée, dont les opacités étaient cependant moins considérables qu'autrefois. Le malade pouvait aussi porter avec assez de facilité le globe de l'œil en haut et un peu en dehors comme en dedans. La vision, qui était presque complétement abolie autrefois, était toujours très-confuse, mais le malade distinguait peut-être un peu mieux les objets. Quant au malade de M. Laugier, la guérison ne s'est pas maintenue, les adhérences se sont reformées, et la gêne de la vision est redevenue aussi grande qu'avant l'opération. Même récidive chez le malade de M. Maisonneuve.

Il y a donc lieu d'avoir plus que des doutes sur la stabilité des guérisons obtenues par ce procédé comme par tous les autres, et l'on arrive au moins à cette triste conviction que l'art ne possède pas encore un seul procédé opératoire applicable à tous les cas graves, ou qui n'exige pas plus d'une opération pour être suivi d'une guérison complète. On doit alors, sans abandonner toutefois les nouvelles tentatives qui tôt ou tard seront fécondes, chercher parmi tous les procédés connus celui qui s'accorde le mieux avec la nature des adhérences, en se pénétrant de cette pensée encourageante qu'il est des difformités, paraissant insurmontables, qui, après avoir résisé aux premières tentatives, cèdent d'une manière partielle à chaque nouvelle opération, et peuvent en définitive disparaître plus ou moins complétement.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Anévrisme (*Traitement de l') par manipulation.* En réfléchissant aux cas de guérison spontanée des anévrismes et au mécanisme suivant lequel cette guérison s'opère (sans doute oblitération de l'orifice de l'artère par les concrétions fibrineuses formées dans la tumeur), M. Fergusson avait conçu la pensée que l'art pourrait imiter ce procédé et le projet d'en essayer l'application à la première occasion. Cette occasion s'offrit à lui en février 1852. Il s'agissait d'un anévrisme de l'artère sous-clavière droite. Voici comment il procéda : le pouce fut appliqué sur le sac, qui avait

à peu près le volume d'un œuf; et, après l'avoir vidé, par la pression, de son contenu, il rapprocha les deux faces opposées et les frotta l'une contre l'autre. Immédiatement le pouls fut supprimé dans tous les vaisseaux desservis par l'artère, et le malade eut des éblouissements et une faiblesse. Au bout de six ou sept heures, la circulation se rétablit; mais l'auteur répéta, le jour suivant, la même manœuvre. Elle eut le même effet sur la circulation du bras, mais aussi peu durable. Cependant, ce ne fut pas avant sept ou huit jours que l'on put constater de nouveau le pouls dans les artères de l'avant-bras. La tumeur diminua graduellement de volume. De plus, les collatérales, telles que la sous-scapulaire, la cervicale transverse, se dilatèrent peu à peu, ce qui le confirma dans l'idée que la guérison faisait des progrès. Au bout de sept mois, la tumeur ayant alors beaucoup diminué, le malade eut un accès de fièvre accompagné de douleurs torturantes dans le siége du mal, qui l'enleva en peu de jours.

Dans un second cas tout semblable par la nature de l'affection, des phénomènes entièrement analogues suivirent la manipulation; mais la tumeur finit par disparaître moins de deux ans après cette opération.

Ces deux faits dont l'un, au moins, est loin de prouver l'efficacité de la méthode, sont évidemment très-insuffisants pour permettre de l'apprécier. Il est bon d'ajouter, du reste, que M. Fergusson, son inventeur, ne conseille lui-même d'y recourir que dans le cas où il serait impossible d'user des autres moyens curatifs : il la réserve pour les anévrismes où, soit la ligature, soit la compression, ne peuvent être établies entre le cœur et la poche morbide. (*Dublin medic.* et *Pres. Gaz. hebdomad.*, mars 1857.)

Chloroforme. *Son emploi dans les fièvres intermittentes.* En 1850, M. le docteur Delioux signalait, dans un mémoire adressé à l'Académie, les services que le nouvel agent pouvait rendre dans les cas de fièvres intermittentes anciennes et rebelles, alors que les préparations de quinquina, les ferrugineux, les toniques amers ne parvenaient plus à suspendre, au moins d'une manière durable, les accès fébriles. Aucun expérimentateur n'est venu confirmer les assertions de notre collaborateur touchant les propriétés antipériodiques et fébrifuges du chloroforme. D'après les résultats obtenus en Amérique, l'étude de cette action thérapeutique du chloroforme mériterait cependant d'être soumise à un contrôle sérieux. Voici les résultats rapportés par le docteur Dalton.

Appelé auprès d'un jeune homme d'une force athlétique, atteint d'une fièvre intermittente avec congestion viscérale générale, qui semblait menacer immédiatement sa vie, M. Dalton, sentant la nécessité d'agir promptement et énergiquement, prescrivit le chloroforme à l'intérieur, à la dose de huit grammes, avec un demi-grain de sulfate de morphine. En peu de secondes, le malade s'assoupit et dormit profondément ; son pouls, qui ne pouvait être senti à l'artère radiale, s'élevait à environ quatre-vingt-dix, plein et souple, quand il se réveilla. Tous les symptômes fâcheux avaient cédé, et le stade de froid ne fut suivi d'aucune réaction fébrile. Tout cela se passa dans l'espace de moins d'une heure.

M. Dalton, frappé de ce résultat, résolut d'éprouver les propriétés antipériodiques de ce médicament, en courant la chance d'un retour probable des accès. De quatre à cinq semaines s'écoulèrent sans que ce retour eût lieu ; pendant ce temps et depuis, il a donné le chloroforme dans le stade de frisson, dans un assez grand nombre de cas de fièvre intermittente simple, à des doses variant de 1 à 2 grammes, dans un peu d'eau camphrée, seul ou uni à la morphine. Dans chaque cas, il a eu la satisfaction d'obtenir le même résultat et de voir la maladie promptement arrêtée ; à l'exception de deux cas où l'accès ne fut pas nettement enrayé, et d'un seul où il y eut quelque réaction fébrile, dans tous la fièvre fut coupée instantanément.

D'après M. Dalton, son confrère le docteur Hoffmann aurait employé le chloroforme dans un assez grand nombre de cas avec le même succès. Malgré ce que ces faits ont d'incomplet sur le caractère, la nature et le type de la fièvre, il ne nous a pas paru moins utile de les faire connaître. Nos lecteurs trouveront dans ce journal (*Bull. de Thérap.*, t. XXXVIII, p. 273), les règles tracées par M. Delioux pour l'administration du chloroforme ; son mode diffère de celui adopté par nos confrères américains (*Charleston med. Journ. and. Rev.* et *Un. médic.*, février.)

Chlorure d'or et de sodium, *comme fondant, dans le traitement de certaines tumeurs bénignes ou malignes.* On sait la faveur dont les préparations d'or ont joui, auprès de quelques médecins, à titre de médicament fondant ou résolutif. De nouvelles recherches sur ce point de thérapeutique ont été reprises, depuis peu, par les docteurs Debreyne et Rouault, de Rennes. Il paraîtrait être résulté de ces essais, que les préparations auriques ont une action toute spéciale, élective, dans le traitement de l'adénite chronique en général, et, en particulier, dans l'adénite cervicale (scrofule locale). M. Rouault a remarqué que l'emploi de ces préparations était surtout favorable dans les tumeurs multiples séparées ou réunies sous forme de chapelets ou de pelotons ganglionnaires; leur efficacité lui a paru bien moins évidente lorsqu'il n'existe qu'un seul ganglion, dont la résolution ne s'opère alors qu'avec une extrême lenteur, et souvent même ne s'opère pas du tout. L'or lui a paru encore utile dans les tumeurs bénignes du sein, telles que l'engorgement simple, l'hypertrophie, les tumeurs subinflammatoires. Enfin, son efficacité lui a encore paru incontestable dans certaines tumeurs évidemment de nature analogue.

C'est au chlorure d'or et de sodium que M. Rouault a eu recours le plus ordinairement, et il l'administre d'après la formule suivante du docteur Debreyne :

Pr.	Chlorure d'or et de sodium..........	10 centigr.
	Poudre d'amidon...	2 gramm.
	Gomme arabique...	1/2 gramm.
	Eau distillée.......	Q. S.

Pour 40 pilules.

Tous les soirs on écrase une de ces pilules pour en faire une friction sur la langue, les gencives et l'intérieur des joues. Chaque friction se fait pendant quelques minutes; recommandation est faite au malade de ne rien cracher et d'avaler ce qui pourrait rester de la matière de la friction. Au bout de vingt jours, on fait deux frictions par jour de la même manière, une matin et soir, et on continue ainsi pendant plusieurs mois, s'il est nécessaire. Quand, après un mois, on renouvelle les pilules, on met 15 centigrammes de chlorure d'or et de sodium, et on continue cette proportion les mois suivants. On n'observe ordinairement quelque effet que lorsqu'on est arrivé à la fin de la deuxième boîte de pilules, c'est-à-dire au bout de six semaines.

M. Rouault rapporte six exemples d'adénites chroniques traitées et guéries par l'or seul; un exemple de tumeur du cou qui, malgré sa nature cancéreuse, a été modifiée pendant quelque temps de la manière la plus favorable par le même traitement, et deux exemples de tumeurs cancéreuses du sein dans lesquels les pilules auriques ont également été employées avec avantage.

M. Rouault a constaté que les préparations auriques administrées à dose thérapeutique, jouissent d'une innocuité parfaite, et il assure qu'il ne lui est jamais arrivé d'être obligé d'en suspendre l'emploi pour faire cesser des accidents qu'on aurait pu raisonnablement attribuer à leur action. (*Union médic.*, février 1857.)

Éclampsie *au neuvième mois de la grossesse. Débridement multiple du col de l'utérus.* Ayant à combattre des accès d'éclampsie survenus au neuvième mois de la grossesse, qui résistaient aux moyens usités, aux saignées, aux grands bains, affusions froides sur la tête, révulsifs aux extrémités, antispasmodiques, etc., et qui se répétaient sans interruption et avec une violence croissante, M. le docteur Lenier résolut d'avoir recours aux incisions pratiquées sur le col. Il y était déterminé par l'état du col, d'une part, qui pouvait à peine admettre l'extrémité du doigt, et d'autre part par l'urgence d'agir qui n'eût pas permis de songer à l'emploi des douches utérines dont l'action aurait été beaucoup trop lente.

Voici le procédé qu'il a suivi :

La femme étant placée sur une table, les quatre doigts de la main gauche furent introduits dans le vagin pour servir de guide à l'instrument tranchant; puis un bistouri droit, boutonné, dont la lame était couverte en partie par une bandelette agglutinative, fut glissé jusque dans la légère ouverture qui existait au col. Une première incision fut tentée au côté gauche de l'orifice et de droite à gauche de la femme; mais ce ne fut qu'avec beaucoup de difficultés qu'on y parvint, à cause de la mobilité et de la mollesse des parties. Les eaux s'écoulèrent aussitôt. Cette première incision permettant l'entrée du doigt entier dans l'orifice utérin, on en pratiqua quatre autres, qui furent faites dans des directions opposées; alors il fut pos-

sible, la tête se présentant au détroit supérieur, de terminer l'accouchement par une application du forceps.

Le fœtus, qui était mort, paraissait à terme. La délivrance s'opéra naturellement au bout de dix minutes.

Les accès ne se reproduisirent plus ; mais la femme resta dans une somnolence profonde jusqu'au lendemain matin, où elle se réveilla complétement, sans conserver aucun souvenir de ce qui s'était passé. (*Moniteur des hôpit.*, février 1857.)

Gaz oxyde de carbone (*Effets anesthésiques locaux du*). M. le professeur Coze, de Strasbourg, a fait récemment quelques nouveaux essais sur les effets anesthésiques locaux du gaz oxyde de carbone dans le service de la clinique interne supplémentaire dont il est chargé. Le sommaire suivant de cinq observations recueillies dans ce service donnera une idée des résultats obtenus.

1° Une femme atteinte d'un cancer utérin avancé et accompagné de douleurs pelviennes intolérables. — Douches vaginales.—Cinq litres de gaz pur. — Cessation des douleurs. — Même application avec le même succès, une vingtaine de fois pendant un mois.

2° Femme atteinte de coxalgie droite. — Douleurs très-vives du genou. — Application locale du gaz au moyen d'un manchon garni d'un tube servant à donner issue à l'air et à introduire le médicament. — Disparition de la douleur après une application de six heures.

3° Une fille atteinte de rhumatisme articulaire. — On poursuit la douleur au genou droit, quelques jours après au coude gauche. — Guérison rapide.

4 et 5°. Chez deux femmes hystériques, amélioration très-rapide à la suite de douches vaginales de gaz oxyde de carbone. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences.*)

Iatralepsie. *Application sous-cutanée des substances médicamenteuses.* L'application sous-cutanée ou par voie d'inoculation des substances médicamenteuses est loin d'être une chose nouvelle pour les lecteurs du *Bulletin Thérapeutique*. Depuis plus de vingt ans, notre honorable collaborateur, M. le docteur Lafargue, de Saint-Emilion, les a entretenus plusieurs fois des résultats de ses belles recherches sur ce sujet ; et la méthode de l'inoculation médicamenteuse, si elle n'a pas été adoptée d'une manière générale, a du moins reçu tant en France qu'à l'étranger de nombreuses et utiles applications. M. le professeur Langenbeck, de Berlin, a repris récemment cette intéressante question de thérapeutique, et il a essayé, pour l'application sous-cutanée de divers médicaments, une méthode d'inoculation modifiée, à laquelle il donne le nom de *méthode sous-cutanée hypodermique*. Bien que la méthode de M. Langenbeck ne nous paraisse pas différer beaucoup, au moins dans l'un des procédés dont elle se compose, de celle de M. Lafargue, nous n'en croyons pas moins utile de l'exposer ici en quelques mots ; ne fût ce que pour rappeler de nouveau l'attention des praticiens sur un système de médication qui a déjà donné lieu à des résultats pratiques très-intéressants, et qui ne nous semble pas avoir été apprécié comme il méritait de l'être.

M. Langenbeck se propose, par sa méthode, un double but : 1° mettre un médicament en état d'agir immédiatement sur un organe particulier ou sur une partie du corps déterminée ; 2° produire, par cette application même, une action dérivative et révulsive. L'absorption de la substance inoculée est facilitée par l'acte même de l'inoculation, mais il est un certain nombre de substances qui ne peuvent être introduites à l'état liquide ou demi-liquide, et dont l'absorption est lente à obtenir ; M. Langenbeck les associe alors à un véhicule excitant, tel que l'huile de croton, le tartre stibié, où à ces deux agents à la fois.

Il y a l'inoculation *par l'aiguille* et celle *par l'emplâtre*. Dans le premier procédé, l'instrument doit pénétrer plus profondément que dans la vaccination, c'est-à-dire aller jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané ; et la substance introduite est plus considérable aussi que dans la vaccination. L'aiguille à inoculation possède, en conséquence, une pointe à double tranchant ; sa forme est celle d'une feuille de myrte, et elle est, sur une de ses faces, creusée en cuiller. Cette pointe se continue par une tige étroite et mousse, laquelle est elle-même fixée par une charnière à un manche semblable à celui des lancettes.

Cette inoculation par l'aiguille détermine une rougeur plus ou moins vive de la partie, en même temps que la peau s'échauffe et s'indure.

Quand les tissus sont normaux, il résulte de l'introduction de l'aiguille

un *trajet fistuleux* ayant la longueur de l'aiguille introduite, donnant la sensation d'un cordon induré et qui se forme généralement après que l'absorption est complète dans les parties profondes. Quand l'aiguille a été enfoncée d'un point dans plusieurs directions, on pratique ainsi plusieurs fistules n'ayant qu'un seul orifice externe, et il arrive souvent alors que ces fistules se réunissent pour former une petite cavité, ou bien encore, quand les orifices externes de ces trajets fistuleux sont rapprochés, ils peuvent, en se réunissant, former une petite ulcération ; on n'a alors qu'à introduire le médicament à inoculer dans cette cavité, d'où il passe bientôt dans les trajets fistuleux et disparaît entièrement, en général, au bout de quatre ou six heures.

Dans l'inoculation par l'emplâtre, la substance médicamenteuse est déposée sur une petite plaie cutanée, au moyen d'un brin de charpie, et maintenue en place par un morceau de diachylon. Ce mode d'inoculation ne donne point de résultats aussi marqués que celui par l'aiguille.

M. Langenbeck a employé un grand nombre de substances, et surtout de celles qui peuvent se dissoudre dans le tissu cellulaire et dans le parenchyme des organes. Il a inoculé ainsi la strychnine sur les côtés de la colonne vertébrale, dans les cas de faiblesse et de paralysie ; la vératrine, pour diverses affections cutanées, la lèpre, le pityriasis et la gale ; la quinine, sur la poitrine ou l'abdomen, pour la fièvre intermittente ; la digitale, au scrobicule du cœur, pour l'hydropisie et les palpitations ; l'extrait de scille, comme diurétique, dans le voisinage des reins ; les cantharides, pour la paraplégie, à la partie inférieure du rachis ou au sacrum ; le cubèbe et le copahu, pour la blennorrhagie, à la région inguinale, etc., etc. (*Woechenblatt der zeitschrift, etc.*, et *Archiv. génér. de médecine*, mars 1857.)

Péritonite *survenue brusquement dans le cours d'une fièvre typhoïde légère.* On ne s'était guère préoccupé jusqu'à présent, en fait d'accidents péritonitiques survenant pendant le cours ou pendant la convalescence des fièvres typhoïdes, que de ces péritonites à invasion brusque, à marche rapide et presque inévitablement mortelles, qui sont la conséquence d'une perforation intestinale et d'un épanchement de matières dans la cavité péritonéale. C'est là un accident purement traumatique, qu'il est aussi difficile de prévenir que de combattre une fois qu'il est déclaré, et qui fait toujours porter au praticien un pronostic funeste trop rarement démenti. Depuis un certain nombre d'années, plusieurs praticiens ont signalé l'existence, dans le cours de la fièvre typhoïde, d'une péritonite spontanée, symptomatique ou concomitante, beaucoup moins grave dans ses résultats, bien qu'elle ne laisse pas que de compliquer d'une manière fâcheuse l'affection principale. Il est utile que les praticiens soient fixés sur la possibilité de cette sorte d'émanation morbide de la fièvre typhoïde, sur les caractères de l'influence qu'elle peut exercer sur la marche, l'issue et le traitement de cette maladie, afin qu'ils ne la confondent pas avec la péritonite par perforation et qu'ils se comportent, en conséquence, dans leur pronostic comme dans leur thérapeutique. Voici un fait de ce genre qui a été observé récemment par M. le docteur Pagès, médecin en chef de l'hospice d'Alais.

Le sujet de cette observation est une religieuse d'une trentaine d'années, récemment arrivée dans le couvent d'Alais, qui était actuellement le théâtre d'une épidémie de fièvres typhoïdes assez graves. Lorsque M. Pagès la vit pour la première fois (le 16 novembre), elle était alitée depuis quatre jours, et avait éprouvé quelques jours auparavant de la courbature, du dégoût, de la céphalalgie. Elle avait de la fièvre (95 puls.), la face pâle, abattue, la langue humide, blanche, la peau chaude, le ventre souple, indolent, sans gargouillement ; céphalalgie obtuse, continue, insomnie, malaise, dégoût et peu de soif ; urines naturelles, pas de selles depuis plusieurs jours.

Du 16 au 24 novembre aucun changement notable ; persistance des mêmes phénomènes. Le 24, à midi, sans cause appréciable, la malade est prise brusquement d'une douleur excessivement aiguë dans le ventre, suivie bientôt après de frissons, de vomissements et d'une anxiété extrême. A cinq heures, elle était pâle, ses traits étaient tirés, son nez effilé, les yeux caves, le ventre très-volumineux, extrêmement douloureux dans toute son étendue. La pression la plus douce provoquait d'horribles douleurs ; vomissements persistants ; respiration courte, anxieuse ; peau chaude, sèche ; pouls à 110, assez développé. (8 sangsues sur le ventre, ca-

taplasmes, eau de seltz, 10 centigram. d'extrait aqueux d'opium en six pilules, une chaque deux heures.)

Le 25, le même état persiste, sauf un peu moins d'acuité dans les douleurs. (15 centigram. d'ext. aq. d'opium en huit pilules, une toutes les trois heures. Onctions sur le ventre avec 90 gramm. d'onguent mercuriel.)

Le 26, une légère amélioration commence à se manifester. On continue le même traitement.

Le 27, bien que le ventre soit toujours ballonné et extrêmement sensible à la pression, la malade est beaucoup plus calme et se plaint moins; sa figure est meilleure; le pouls moins fréquent, la fièvre moins intense.

Le 28, l'amélioration croissant, on suspend les frictions mercurielles et on se borne à une pilule d'opium matin et soir.

Le 29, la prédominance de symptômes saburraux indiquant l'usage d'un purgatif, on prescrit 40 centigram. de calomel et 10 centigram. de poudre de belladone, pour quatre pilules, une chaque deux heures, jusqu'à effet purgatif. La première pilule amène une selle abondante de matières dures d'abord, puis liquides.

Le 31, le mieux continuant, on commence à prescrire quelques bouillons.

Du 1er au 8 décembre la convalescence s'établit lentement mais sûrement, et le 31 de ce même mois la guérison est complète.

Malgré l'extrême intensité de cette péritonite, il est évident, à en juger par la très-grande bénignité de la fièvre typhoïde, mais surtout par l'époque de cette fièvre où cette complication est survenue, c'est-à-dire tout près de son début, il est évident, disons-nous, que cette péritonite n'avait pu être produite par une perforation de l'intestin. Son analogie d'ailleurs avec les faits précédemment observés, notamment avec ceux qui ont été publiés par MM. H. Bourdon, Pidoux, Thirial, et plus récemment encore par M. Gauchet, justifient pleinement ce diagnostic, que légitimerait d'ailleurs, au besoin, le résultat même du traitement. On peut donc classer ce cas dans la variété des fièvres typhoïdes de forme péritonitique tout récemment établie par M. Gauchet. Quant à la détermination de l'affection principale, la fièvre typhoïde, bien qu'elle n'ait pas présenté les symptômes caractéristiques les plus habituels, le fait seul de son développement pendant une épidémie de ce genre d'affection, sur une personne jeune, exposée au sein du foyer épidémique, et la durée de la maladie, ne permettent pas de la révoquer en doute. (*Union médic.*, février 1857.)

Pneumatose (*Ponction de l'abdomen dans la pneumatose péritonéale et intestinale*). Toutes les fois qu'il existe, soit dans la cavité péritonéale seule, soit dans le péritoine et l'intestin, une accumulation de gaz telle qu'il en résulte une gêne considérable de la respiration et de la circulation, peut-on et doit-on pratiquer la ponction de l'abdomen? — Cette question, qui a été soumise au Congrès de Rochefort, à l'occasion d'un fait communiqué à cette assemblée par M. le docteur Garnault, nous paraît devoir être résolue par l'affirmative. Nous pourrions même ajouter que l'expérience s'est déjà formellement prononcée dans ce sens. Il y a quatre ans, en effet, en décembre 1852 (voir t. XLIII, p. 529), nous n'avons pas hésité à conseiller cette opération, en nous fondant à la fois sur la pratique des médecins vétérinaires qui en retirent journellement de bons effets chez les bœufs et les moutons atteints de l'*empansement*, et sur la pratique médicale elle-même, qui compte plusieurs cas de succès et dont un exemple récent à cette époque justifiait une fois de plus cet avis. On regrettera donc, en lisant la relation du fait suivant, dans lequel la mort a été le résultat d'une pneumatose dont une ponction eût, suivant toute apparence, conjuré le danger, que M. Garnault ait été arrêté dans sa bonne inspiration par des avis contraires. Quoi qu'il en soit, voici ce fait, qu'on ne lira pas sans intérêt :

Un jeune homme de vingt-huit ans, vigoureux, s'étant fait, dans une chute, une grave blessure du pied (luxation de l'extrémité inférieure du tibia, avec déchirure de la capsule articulaire, fracture comminutive du péroné, etc., suivie de gangrène), vit son ventre se météoriser; il devint en peu de jours tendu outre mesure, il rendait à la percussion le son de la tympanite. La pneumatose arrivée en peu de temps à un extrême développement, il survint du hoquet et des envies fréquentes de vomir, qui obligèrent à ne donner au malade que de très-petites quantités de bouillon. — Le dix-huitième jour de l'accident, la respiration était difficile, le pouls dépressible battait 150 par minute. L'un des médecins appelés à donner des soins à ce jeune

homme, considérant que le développement du ventre était uniforme et que le son tympanique s'étendait sur toute la surface du foie, ce qui indiquait que l'on avait affaire à une pneumatose péritonéale et non point intestinale, proposa en ce moment à ses confrères de pratiquer une ponction ; mais la majorité s'y refusa.

Les vomissements devinrent plus fréquents, la respiration plus courte et plus difficile, et le malade sentait sa fin prochaine.

Le vingtième jour après l'accident, le malade, qui se sentait étouffé par la distension du ventre, succomba.

L'un des médecins, arrivé près du malade quelques minutes après la mort, pratiqua sur-le-champ une ponction au ventre avec un trocart explorateur. Aussitôt il sortit du gaz en grande quantité, et le volume du ventre diminua instantanément d'une manière considérable; en poussant la canule aussi avant que possible et la dirigeant dans tous les sens, on s'assura qu'on était dans la cavité abdominale et qu'on ne pouvait atteindre les instestins, ni aucun autre organe.

Bien qu'on n'ait pas acquis d'une manière plus directe, par l'autopsie, la preuve que les gaz étaient bien effectivement épanchés dans la cavité péritonéale, les détails de cette observation ne permettent guère de le mettre en doute, et dans ce cas pourquoi ne pas appliquer à la tympanite péritonéale le traitement palliatif que l'on pratique tous les jours, sans la moindre hésitation, à l'ascite? — Mais admettant que l'on eût affaire à une tympanite intestinale, serait-ce encore une raison pour s'abstenir, et vaut-il mieux laisser succomber les malades par asphyxie, que de courir la chance de les sauver, ou de conjurer du moins le danger le plus imminent par une ponction? Cette ponction peut avoir ses dangers, sans doute; mais pratiquée avec ménagement et à l'aide d'un trocart explorateur, comme nous l'avons indiqué dans le temps, elle nous semble offrir assez de chances de succès, pour qu'on doive y recourir dans des cas aussi graves que celui qui vient d'être rapporté. (*Gaz. hebdomad.*)

Réunion *immédiate du poignet presque complétement enlevé par un coup de sabre.* Les annales de l'art renferment un assez grand nombre d'exemples de réunion de parties plus ou moins complétement séparées du corps, comme phalanges, doigts, nez, oreilles, etc. M le docteur Gaillardot, médecin sanitaire à Damas, rapporte un fait qui les dépasse, c'est un cas de réunion du poignet presque complétement détaché.

Un homme de trente ans, à la suite d'une rixe, avait eu le poignet abattu par un coup de sabre; il ne tenait plus que par un lambeau de peau tellement étroit et tellement mince, que les assistants étaient très-étonnés que le poids de la main ne le déchirât pas entièrement. Ce n'est que plusieurs heures après l'événement que le blessé fut amené auprès de M. Gaillardot, qui se trouvait par hasard sur les lieux, dans le but de se faire débarrasser de sa main devenue inutile. Il avait alors le membre enveloppé de plusieurs mouchoirs et d'une ceinture imbibés de sang desséché. N'ayant avec lui aucun instrument et craignant qu'en enlevant ce grossier appareil, il ne se déclarât une hémorrhagie qu'il ne pourrait pas réprimer, M. Gaillardot donna le conseil au blessé de se rendre pendant la nuit à Damas où il devait retourner lui même le lendemain. Ce ne fut que trois jours après que le rendez-vous eut lieu au dispensaire des sœurs de charité de Damas. Après avoir enlevé tout le paquet de linges dont le poignet était enveloppé, M. Gaillardot le trouva dans l'état suivant: une forte ligature avait été établie au-dessus de la solution de continuité; la main avait été remise et maintenue en place au moyen de quatre petits morceaux de bois; la plaie avait été préalablement recouverte d'une épaisse couche de coton, et tout l'appareil avait été maintenu par des mouchoirs assez fortement serrés. Le tout enlevé, sans qu'il se fût produit la moindre hémorrhagie, le chirurgien ne fut pas peu étonné de trouver un commencement de cicatrisation; la plaie était rouge, recouverte de bourgeons de bonne nature; elle commençait au milieu du bord externe de l'avant-bras, et faisant le tour du poignet, elle venait se terminer au milieu de la face palmaire, laissant intact un lambeau d'environ 25 millim. de largeur; elle avait à peu près 1 centim. de largeur dans toute son étendue, excepté au niveau du bord interne de l'avant-bras, où elle avait 3 centim., et où s'élevait une saillie produite par la tête du cubitus; la main avait été remise un peu de travers et trop en dedans. Le pouce et les deux premiers doigts de la main

pouvaient exécuter quelques légers mouvements de flexion.

Au lieu d'amputer, comme il se disposait à le faire, notre confrère se borna à panser avec du cérat, à rapprocher les bords de la plaie à l'aide d'un bandage à chefs croisés, et à maintenir le tout au moyen de deux attelles, l'une en bois, ayant la forme de la main pour recevoir la face palmaire, et l'autre en carton, sur la face dorsale. Deux bandages roulés avaient été placés au-dessus et au-dessous de la plaie, l'un sur l'avant-bras et l'autre autour de toute la main.

Un seul accident vint un instant troubler toutes les espérances. Une suppuration abondante s'était établie, et, pendant les dix premiers jours, elle était de bonne nature; mais tout d'un coup, sous l'influence d'un abaissement notable de la température, elle diminua, devint séreuse, fétide; la plaie était blafarde: un mouvement fébrile était survenu, avec de l'abattement et de l'inappétence. Le malade prit 70 grammes de sulfate de soude, et les jours suivants une décoction de quinquina. La plaie fut lavée avec le chlorure de chaux et saupoudrée avec un mélange de parties égales de quinquina, de charbon et de camphre pulvérisés. Peu à peu, sous l'influence de ce traitement, la plaie se nettoya, changea complétement d'aspect, se couvrit de bourgeons de bonne nature, qu'il fallut réprimer de temps en temps avec le nitrate d'argent. La plaie, dès ce moment, marcha avec rapidité vers la guérison, et, deux mois après l'accident, elle était complétement cicatrisée. Le pouce et les deux premiers doigts exécutaient des mouvements de flexion assez étendus; la main opérait aussi de légers mouvements de flexion sur l'avant-bras. Le muscle fléchisseur profond des doigts et radial antérieur n'avaient été coupés qu'en partie et avaient probablement conservé une portion de leurs fibres tendineuses dans l'épaisseur du lambeau, à l'extrémité duquel pendait la main après l'accident; il en avait été de même, sans aucun doute, de l'artère radiale, qui avait dû contribuer à entretenir la chaleur et la vie dans la main et à favoriser le travail de cicatrisation.

Ce fait démontre ce que peut la nature pour la réparation des grands délabrements, surtout lorsqu'elle est secondée par des soins bien dirigés. (*Union méd.*, février.)

Tendons *extenseurs des doigts* (*Nouveau cas de suture des*). Le danger des incisions profondes que nécessiterait la recherche des tendons fléchisseurs dans la paume de la main ou la plante du pied, parties douées d'une vascularisation artérielle et veineuse si riche et pourvues d'une si grande abondance de nerfs, expliquent suffisamment la rareté, la difficulté et le danger des sutures des tendons fléchisseurs des doigts et des orteils. Cette circonstance donne un intérêt tout particulier au fait suivant rapporté par M. le docteur Mourgue.

Un sabotier âgé d'environ trente ans, d'une bonne constitution, reçut, par ricochet, en travers et sur le dos de la main gauche, un coup de hache qui divisa les tendons extenseurs des doigts indicateur et médius, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Les bouts inférieurs étaient au niveau de la plaie, mais les bouts supérieurs étaient retirés dans les chairs, à la hauteur de 2 à 3 centimètres.

Appelé au moment de l'accident, le 10 décembre 1856, M. Mourgue procéda immédiatement à l'opération. Une incision convenable fut pratiquée, sur un pli fait à la peau, jusqu'à la rencontre des bouts supérieurs, qu'il saisit avec des pinces et traversa avec une aiguille munie d'un fort fil ciré; laquelle aiguille transperça également le bout inférieur, à 2 millimètres de son extrémité et dans le sens transversal, pour éviter l'inflammation articulaire. Les bouts du même tendon, amenés avec quelque difficulté au contact, y furent maintenus par un nœud complet. Trois points de suture oblitérèrent la plaie extérieure. Le tout fut répété exactement pour le second tendon divisé. Un linge fenêtré, enduit de cérat, fut placé sur la plaie de la main, qui fut fixée sur une large palette, pendant tout le temps de la cicatrisation, c'est-à-dire jusqu'à la fin du mois. (Compresses trempées dans l'eau froide; diète; tisanes délayantes.)

Le 11, souffrances, insomnie, rougeur et gonflement inflammatoire de la main. (Irrigations froides; saignées au-dessus du mal; onctions graisseuses; sirop de morphine.)

Le 12, les souffrances sont très-fortes, le gonflement du poignet est considérable, la rougeur vive; on est obligé d'enlever les points de suture, pour arrêter les progrès de l'inflammation ambiante; mêmes moyens (diète et sangsues) qui furent repoussés.

Les jours suivants, l'inflammation de la main diminua de jour en jour, et

l'on supprima les réfrigérants. (Lotions émollientes répétées et onctions graisseuses qui soulagent beaucoup; linges cératés; bouillons.) Le pouls est toujours resté calme, régulier.

Le 20, bon état de la plaie, qui s'est ouverte, mais est exempte de rougeur, d'inflammation; on la rapproche avec des baudelettes de sparadrap. La ligature tendineuse de l'index tomba le 24 décembre; celle du médius le 26. Les plaies extérieures ne tardèrent pas à se cicatriser.

Au 5 janvier 1857, les plaies étaient entièrement oblitérées et les cicatrices encore un peu rouges et enflées, mais paraissant très-solides, ainsi que celle des tendons : la planchette est supprimée. (Bains adoucissants, onctions graisseuses et mouvements gradués contre la roideur articulaire qui contrarie les mouvements des doigts blessés.)

Le 22 janvier, cet homme a repris ses travaux, qu'il n'a pas interrompus depuis lors, les doigts malades ayant recouvré insensiblement de la force et de l'agilité, et conservant intégralement leurs facultés de flexion et d'extension. En un mot, la suture des tendons avait eu tout le succès désirable. (*Moniteur des hôpit.*, mars 1857.)

VARIÉTÉS.

Le concours pour deux places de médecins du Bureau central des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de MM. Labric et Vulpian.

L'Académie de médecine, dans sa dernière séance, a nommé ses commissions des prix.—*Prix de l'Académie*, question : *Exutoires*; MM. Trousseau, Bouvier, Malgaigne, Robert et H. Bouley. — *Prix Portal*, pas de mémoires. — *Prix Civrieux*, question : *Vertige*; MM. Grisolle, Gibert, Loude, Jolly et Longet.— *Prix Capuron*, question : *Morts subites*; MM. Moreau, Dubois (P.), Danyau-Cazeaux et Depaul. — *Id.* : *Eaux minérales salines*; MM. Guérard, Patissier, Boudet, Poggiale et Henry. — *Prix Lefèvre*; MM. Ferrus, Rostan, Louis, Baillarger et Falret. — *Prix Barbier*; MM. Bouillaud, Mélier, Lévy, Barth et Blache.

Le concours pour l'agrégation à la Faculté de médecine de Montpellier a donné le résultat suivant : — *Section de médecine*; MM. Guinier, Pécholier et Cavalier ; — *Section de chirurgie*; M. Saurel.

Le Conseil d'administration des hôpitaux de Lyon vient de prendre un arrêté qui déclare incompatibles les fonctions de chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu et celles de professeur de clinique chirurgicale de l'École. En vertu de cet arrêté, M. le docteur Barrier, nommé récemment professeur adjoint de clinique externe, devra cesser, le 1er avril, son service de chirurgien titulaire, dans lequel il sera remplacé par le docteur Berne. « Cette grave mesure, dit la Gazette médicale de Lyon, soulève une question d'incompatibilité qui n'avait pas encore été entrevue jusqu'ici, et dont la solution actuelle, nous l'espérons, ne sera peut-être pas définitive. »

Par décret impérial, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent : — *Au grade d'officier* : MM. Duplan, médecin de 1re classe; Favre, chirurgien principal de la marine, et Lefranc, chirurgien-major au 1er régiment d'infanterie de marine. — *Au grade de chevalier* : MM. Rideau, chirurgien de la marine de 1re classe ; Le Goarant, chirurgien de 2e classe; Galiay, ancien chirurgien-major ; Larousserie, ancien chirurgien aide-major ; Milliot, médecin-major au 3e escadron du train des équipages ; Garnier, médecin-major du 2e régiment de hussards ; et Massie, pharmacien aide-major aux hôpitaux de la division de Constantine.

L'Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône a procédé à l'élection de plusieurs membres de son bureau. M. Barrier a été nommé vice-président, en remplacement de M. Rougier, devenu président; M. Jacques Bonnet, secrétaire général, et M. Duviard, secrétaire adjoint, en remplacement de MM. Diday et Lacour, démissionnaires, et qui s'étaient déclarés non rééligibles.

Un arrêté royal du 23 février dernier vient d'approuver les changements qui avaient été proposés aux statuts organiques de l'Académie royale de médecine de Belgique.

D'après ces modifications, l'Académie se compose de membres titulaires et de membres correspondants. Le nombre des premiers est fixé à trente-six; l'Académie détermine le nombre des seconds. Les membres honoraires belges ont voix délibérative dans toutes les discussions; les membres honoraires étrangers, seulement en matière de science. Les membres correspondants ne prennent part qu'aux discussions scientifiques; ils n'y ont que voix consultative.

Les membres correspondants belges ont droit à la moitié au moins des places vacantes parmi les titulaires. L'élection est faite par l'Académie, sur une liste de trois candidats présentée par la section dans laquelle se trouve la vacance à remplir.

Le bureau de l'Académie se compose d'un président et de deux vice-présidents, élus pour trois ans par l'Académie parmi ses membres titulaires, et d'un secrétaire. Le président n'est rééligible qu'après un intervalle de trois années.

Chaque année, une Commission de trois membres, élue au scrutin secret, dresse, de concert avec le bureau, le budget des dépenses pour l'exercice suivant, et fait, dans les premiers mois de cet exercice, son rapport sur la situation financière de la Compagnie.

L'Académie ne tiendra plus désormais qu'une séance solennelle tous les trois ans.

Deux concours seront successivement ouverts cette année à l'Hôtel-Dieu de Marseille : le premier, pour une place de médecin agrégé, le 2 novembre; le second pour une place de chirurgien agrégé, le 16 novembre. Les candidats devront se faire inscrire, huit jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de la Commission administrative des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

M. le docteur Lhommée, chargé de visiter sous le rapport médical les salles d'asile de Saint-Dié (Vosges), avait depuis longtemps remarqué qu'un certain nombre d'enfants à tempérament lymphatique étaient atteints de diverses variétés de scrofules. Sur sa proposition, le bureau de bienfaisance de cette ville vient, par une heureuse innovation, de décider que l'huile de foie de morue serait distribuée à ces enfants maladifs par les religieuses qui dirigent les salles d'asile.

Le médecin dresse la liste des enfants qui ont besoin du remède, lequel n'est administré qu'avec l'agrément des familles. Chaque enfant a sa cuiller particulière, et, s'il a bien pris son huile, quelques grains de réglisse lui servent de récompense, en même temps qu'ils aident à faire oublier ce que celle-ci a de désagréable.

La mesure toute philanthropique prise par le bureau de bienfaisance de Saint-Dié ne peut avoir que les résultats les plus avantageux pour la santé de ces pauvres enfants, et il est à désirer qu'elle trouve de nombreux imitateurs, surtout dans les grands centres de population manufacturière.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la valeur des eaux minérales dans le traitement de la paralysie.

Par M. le docteur Max. Durand-Fardel, médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy, secrétaire général de la Société d'hydrologie, etc.

Il y a longtemps que l'on traite des paralysies auprès d'un assez grand nombre de stations thermales; mais on n'a pas encore cherché à déterminer dans quelles conditions les eaux minérales devaient être usitées dans la paralysie, et jusqu'à quel point elles pouvaient en modifier l'existence et la marche; c'est-à-dire que les indications et le pronostic de la médication thermale dans la paralysie n'ont point encore été étudiés.

Cette lacune a été remplie en partie par une longue et consciencieuse discussion, à laquelle la Société d'hydrologie médicale de Paris a consacré plusieurs séances, dans sa dernière session. Ce sujet est assez important pour que nous fassions profiter les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* des lumières que cette discussion a pu jeter sur la question du traitement des paralysies par les eaux minérales, en même temps que de nos propres études.

La paralysie n'est autre chose qu'un symptôme d'une altération quelconque du système nerveux central ou périphérique. Il faut donc, avant de poser les indications relatives au traitement de la paralysie, s'attacher à déterminer avec précision les circonstances pathologiques dont celle-ci dépend. Mais il peut arriver que ce symptôme vienne à dominer la condition organique sous la dépendance de laquelle il est apparu, à ce point qu'il constitue, à proprement parler, la maladie, et que le traitement doive exclusivement s'adresser à lui.

Et, chose singulière, c'est surtout alors que la paralysie est liée à une altération anatomique très-caractérisée des centres nerveux, qu'elle se montre comme phénomène essentiel, et devient l'objet exclusif de la thérapeutique; tandis que c'est alors qu'elle est le moins afférente à des altérations organiques déterminées, qu'elle se montre comme un phénomène secondaire et disparaît en grande partie sous l'influence des conditions pathologiques dont elle relève.

Ces deux exemples répondent : le premier aux paralysies liées à l'existence d'un kyste ou d'une cicatrice dans le cerveau; le second aux paralysies que l'on peut appeler diathésiques, telles que les paralysies syphilitique, hystérique, chlorotique, rhumatismale, etc.

On ne peut traiter que la paralysie dans le premier cas : on ne doit traiter à peu près que la syphilis, l'hystérie, la chlorose, etc., dans le second.

Nous ne nous occuperons, dans cet article, que des paralysies cérébrales ou hémiplégies.

Le traitement de la paralysie par les eaux minérales s'adresse surtout aux hémiplégies, suites d'apoplexie. Ceci peut étonner, lorsque l'on réfléchit aux conditions où se présentent la plupart des paralysies de ce genre, se rattachant à des changements organiques absolument indélébiles, et dont les manifestations fonctionnelles se prêtent en général, dans de si étroites limites, à une action thérapeutique quelconque.

Mais c'est que dans les autres paralysies, ce n'est pas en général la paralysie elle-même qu'il faut traiter, mais la condition pathogénique qui la tient sous sa dépendance. Ainsi, qu'il s'agisse d'une paralysie syphilitique, hystérique, chlorotique, c'est, nous l'avons dit tout à l'heure, à l'existence de la syphilis, de l'hystérie, de la chlorose, que se rapportent les indications. La thérapeutique ordinaire offre ici des ressources qui seront cherchées et épuisées d'abord, et les eaux minérales ne seront généralement employées que comme un complément du traitement ; elles ne seront même utilement administrées, ou même tolérées, que si elles se trouvent très-directement adaptées à l'état morbide auquel appartient la paralysie; à ce titre, la paralysie rhumatismale rentrera du reste dans la médication thermale, celle-ci convenant en général parfaitement au rhumatisme, sous la plupart de ses formes.

On comprend combien les cas dont je viens de parler diffèrent des paralysies, suites d'apoplexie.

Voici ce qui se passe dans ces derniers cas :

L'apoplexie est liée à l'existence d'une altération déterminée de l'encéphale, dans la plupart des cas hémorrhagie ou ramollissement. La paralysie lui succède. Mais cette altération, subissant un travail de réparation ou de cicatrisation, qui amoindrit successivement le désordre matériel dont le cerveau s'est trouvé le siége, jusqu'à un point où un retour plus complet soit impossible, comme il arrive d'une cicatrice aux parties du corps où nous pouvons suivre des phénomènes du même genre ; les fonctions, abolies d'abord, présentent une période de retour parallèle au travail de réparation anatomique qui s'opère dans le cerveau, et s'arrêtent, comme ce dernier, à un certain degré au delà duquel de nouveaux progrès sont impossibles.

Telle est l'histoire ordinaire et bien connue de ces paralysies.

Les eaux minérales peuvent être appliquées à leur traitement à deux époques et sous deux points de vue différents : soit pendant

cette période de retour et de cicatrisation, soit alors que celle-ci est achevée, c'est-à-dire, soit pour hâter et faciliter la réparation des désordres cérébraux, soit pour rappeler directement les fonctions abolies dans les membres paralysés.

Ces deux derniers points de vue auront toujours un certain caractère hypothétique, bien qu'il convienne de les envisager avec attention et que la direction du traitement en dépende dans une certaine mesure. Ils ne sont pas, d'un autre côté, sans une réelle corrélation avec la question de l'époque où le traitement est employé ; mais cette dernière est beaucoup plus précise dans l'application ; elle touche de fort près aux indications elles-mêmes de la médication thermale, et l'on devine quelle signification différente doit appartenir à un traitement employé pendant la période de retour, anatomique et fonctionnel, et à une époque tantôt très-rapprochée du début, tantôt aussi éloignée que possible, ou bien à un traitement adressé seulement à cette paralysie que laisse encore le dernier achèvement de la réparation d'un foyer hémorrhagique ou d'un ramollissement.

Il ne faut pas croire que l'on puisse toujours suivre avec précision la correspondonce de ces deux séries de phénomènes, la réparation de la lésion anatomique et le retour des fonctions lésées, ou bien apprécier exactement la part suivant laquelle le traitement s'adresse à l'une ou à l'autre. Cependant nous essayerons, comme il faut bien le faire dans la pratique, de suivre de loin ce que nous ne pouvons analyser de plus près.

L'indication du traitement thermal pendant la période de réparation des lésions cérébrales se comprend parfaitement. La médication thermale, considérée dans son ensemble, accroît l'activité organique, et, si elle ne dépasse pas la mesure, nous paraît propre à favoriser et hâter ces phénomènes de réparation, en même temps qu'elle active, par une action directe, le retour des fonctions lésées. Il nous semble légitime d'admettre que les choses se passent ainsi, et l'on conçoit que, cette action favorable se rencontrant avec la marche formelle et spontanée de l'organisme dans le même sens, on observe des résultats très-frappants et très-satisfaisants de la médication thermale vis-à-vis de la paralysie.

Il est très-vrai que la coïncidence de ce travail de la nature, en ne permettant pas d'attribuer au traitement tout le mérite de la cure, permet en même temps de lui dénier toute influence effective, en rapportant uniquement au travail spontané de l'organisme tous les résultats obtenus.

Mais il serait injuste d'en tirer des conclusions défavorables à la médication thermale elle-même. Une médication de ce genre ne réussit guère qu'à la condition de marcher dans une sorte de consensus avec la tendance curative de l'organisme. Qu'elle développe cette tendance, ou qu'elle l'aide seulement, nous croyons à ce principe : que l'excellence d'une médication peut se juger à cela seul qu'elle puisse être confondue dans son action avec la marche spontanée de l'organisme, dans le sens de la curation. S'il en résulte quelque confusion dans notre analyse, et si nous ne savons pas au juste ce qu'il faut attribuer au traitement ou rapporter à l'organisme, c'est un inconvénient, mais secondaire, et l'important c'est que les résultats que l'on obtient soient aussi satisfaisants que possible.

Mais ici se présente une question fort importante. Ce traitement, que nous entendons associer à la marche naturelle de l'organisme vers la réparation des lésions anatomiques et vers le retour des fonctions, faut-il l'appliquer à une époque rapprochée ou, au contraire, éloignée de l'attaque d'apoplexie ?

Ici nous rencontrons des opinions très-formelles et fort inattendues, qui ont été présentées l'année dernière, dans une discussion fort intéressante, à la Société d'hydrologie médicale de Paris (1).

Les deux médecins fort distingués qui sont attachés à l'établissement thermal de Bourbon-l'Archambault, M. Regnault et M. Caillat, et dont l'un, M. Regnault, fait justement autorité en hydrologie médicale, déclarent que, dans les hémiplégies apoplectiques, le traitement est d'autant plus efficace qu'il est appliqué à une époque plus rapprochée de l'accident.

M. le docteur Le Bret, inspecteur à Balaruc, bien que moins explicite, incline visiblement vers cette pratique, contraire aux idées généralement adoptées sur ce sujet.

M. Renard, au contraire, inspecteur des eaux de Bourbonne, la condamne entièrement, et M. Villaret, qui a dirigé pendant quelques années, avec beaucoup de distinction, l'hôpital militaire de Bourbonne, professe à peu près la même opinion.

Il ne faut pas voir uniquement, dans de telles divergences, les difficultés qui peuvent en résulter : il est possible d'en tirer quelques lumières, se trouvant toutes exprimées par des observateurs éclairés et consciencieux.

M. Regnault déclare donc que plus on applique le traitement

(1) Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris, t. II, p. 57.

thermal (de Bourbon) à une époque rapprochée de l'apoplexie, et plus il est efficace.

Il doit effectivement en être ainsi, puisque ce traitement est employé précisément à l'époque où le retour des fonctions abolies s'opère naturellement avec le plus de facilité. Il est évident qu'il faut tenir compte de cette coïncidence dans l'appréciation des faits. Mais il faut savoir si l'amélioration obtenue par les hémiplégiques, ou si leur guérison est, sous l'influence des eaux, plus rapide et plus complète.

Ce fait est implicitement exprimé d'une manière affirmative dans la proposition émise par M. Regnault (1); et, en effet, il y a tout lieu de croire qu'il en est ainsi. Mais cela ne suffit pas; il s'agit encore de savoir s'il n'y a pas des inconvénients ou des dangers à employer le traitement thermal à une époque très-rapprochée de l'apoplexie, c'est-à-dire aussitôt que le malade est en état de le supporter.

Ceci est une question de fait et d'observation. Or, M. Regnault et M. Caillat déclarent qu'ils n'ont jamais vu d'accidents suivre cette pratique.

Cependant nous ne pensons pas qu'il faille se hâter d'adopter d'une manière aussi explicite les conclusions de nos honorables collègues. Il ne suffit pas, pour affirmer qu'une médication n'offre aucun danger, de savoir que, dans un certain nombre de cas, elle n'a point entraîné de conséquences fâcheuses. M. de Laurès nous apprend qu'à Balaruc, on a eu longtemps l'habitude de doucher la tête des paralytiques avec de l'eau minérale à près de 50 degrés centigrades.

Personne assurément ne se fera scrupule de traiter une telle médication de dangereuse et, cependant, si elle eût souvent entraîné des accidents manifestes, elle n'eût pas eu de raison d'exister. L'innocuité absolue du traitement hâtif des paralysies par les eaux minérales, au moins par celles de Bourbon, ne nous paraît donc pas devoir être encore acceptée, malgré l'incontestable valeur des témoignages qui l'appuient.

Il est impossible, d'ailleurs, qu'il n'y ait pas des distinctions à faire entre les différentes apoplexies, au point de vue de l'opportunité d'un traitement thermal immédiat.

Les suites d'apoplexie peuvent être dangereuses, en raison de diverses circonstances.

Quelquefois les malades ne parviennent pas à surmonter l'atteinte profonde subie par le système nerveux.

(1) On trouvera des observations dans ce sens, dans Buissard, Eaux de Lamotte, Études cliniques, 1854.

D'autres fois la lésion cérébrale tend à s'accroître progressivement, ce qui n'arrive guère à la suite de l'hémorrhagie, mais sert à caractériser une des formes symptomatiques du ramollissement.

D'autres fois enfin, les phénomènes congestifs qui ont présidé au développement de l'apoplexie ont de la tendance à se reproduire et à redoubler l'apoplexie pour ainsi dire, ou, s'ils réapparaissent sous une forme moins foudroyante, à amener des infiltrations séreuses, etc.

Il est impossible d'établir le pronostic et d'instituer le traitement d'une apoplexie, sans tenir compte de toutes ces circonstances.

La tendance aux congestions nouvelles, par exemple, n'existe pas au même degré chez tous les apoplectiques, par cette raison même que la congestion encéphalique n'a pas pris la même part à toutes les apoplexies. Il est des individus chez qui l'apoplexie (considérée dans son élément anatomique) paraît surtout reconnaître pour cause l'existence d'un travail moléculaire dans la substance cérébrale; il en est d'autres chez qui l'élément fluxionnaire paraît avoir joué le principal rôle. Or, lorsque M. Regnault émet cette proposition si intéressante et si instructive, que moins les apoplectiques ont été traités et saignés en particulier, et plus ils ont la chance de guérir, et guérissent rapidement, il n'entend pas sans doute en conclure que la saignée doive être absolument proscrite dans toutes les apoplexies(1).

Nous croyons que bien des difficultés seront surmontées, si l'on veut bien prendre pour base de sa conduite la proposition suivante :

Le traitement thermal est indiqué, lorsqu'à la suite d'une apoplexie, la marche des symptômes annonce que la lésion cérébrale est en voie de retour ou de réparation.

Ce principe, qui peut n'être pas absolu (qu'y a-t-il d'absolu en thérapeutique?), tient compte de toutes les circonstances qui peuvent décider de l'opportunité ou de l'inopportunité du traitement thermal.

D'abord il dispense de baser la décision sur une question de diagnostic, presque toujours fort difficile, souvent impossible à poser. On pense généralement, et l'on a plus d'une fois exprimé, que tout traitement thermal est contre-indiqué dans le ramollissement cérébral. Cette règle ainsi généralisée est inexacte. Il est vrai qu'il en est ainsi dans le ramollissement à marche croissante. Mais dans le ramollissement à forme apoplectique, qui simule parfaitement l'hé-

(1) M. Rousset a fait une remarque analogue à Balaruc : « Dans le plus grand nombre des cas de paralysies, dit-il, dans lesquels les eaux minérales ont le moins de succès, nous avons cru remarquer que les saignées avaient été inopportunes ou trop répétées. » (Eaux thermales de Balaruc, Montpellier, 1859, p. 3.)

morrhagie cérébrale, il est tout aussi bien indiqué que dans cette dernière, dès que la maladie paraît être entrée franchement dans la période de retour. Nul doute que parmi les apoplectiques heureusement traités chaque année à Bourbon-l'Archambault, à Bourbonne et à Balaruc, il n'y ait un certain nombre de ramollissements. Si les eaux minérales étaient contre-indiquées par le seul fait de l'existence d'un ramollissement, il faudrait renoncer à les appliquer à aucune apoplexie.

Si l'on attend, pour commencer le traitement thermal, que la maladie soit entrée dans la période de retour, qui nous paraît seule se prêter à son emploi, on se préserve d'appliquer un traitement, toujours plus ou moins perturbateur, pendant cette première période des apoplexies, toujours pleine de périls, où il importe de ne point troubler les premiers efforts réparateurs de l'organisme, et où les accidents ou complications qui peuvent survenir réclament des moyens prompts, énergiques, et auxquels les eaux minérales ne sauraient suppléer.

Combien peut durer cette période? Il est impossible de la fixer par des chiffres. Il est des individus chez qui la maladie prend avec une grande rapidité cette direction que nous exigeons; d'autres chez qui elle tarde à se décider. C'est sans doute à des individus qui se trouvaient dans le premier cas, que M. Regnault a eu plusieurs fois affaire; c'étaient, pour la plupart au moins, nous pouvons en juger par les quelques développements donnés à ce sujet par notre excellent et très-distingué collègue, des gens de la campagne, sujets chez lesquels l'action curative et spontanée de l'organisme a généralement plus de force et d'empire que chez les habitants des villes.

Dans tous les cas, les assertions de M. Regnault et les observations de M. Caillat ne nous permettent pas de douter qu'il n'y eût beaucoup d'exagération dans la crainte que l'on ressentait en général de livrer à un traitement thermal une hémiplégie très-récente, et nous croyons faire une part équitable et à la prudence et à l'observation de nos honorables collègues, en concluant que le traitement thermal peut être considéré comme opportun, dès que la maladie est entrée dans une voie formelle de retour; et en ajoutant que : tout porte à croire que plus tôt on recourra au traitement thermal, et plus celui-ci pourra exercer une influence déterminée sur la marche ultérieure de la maladie.

Maintenant quelle sera cette influence? Il est évident qu'elle se trouvera toujours bornée par les modifications organiques qui auront déterminé l'apoplexie. Hâter et mener aussi loin que possible

le retour des fonctions lésées, voici tout ce qu'on peut demander à un traitement quelconque de l'apoplexie.

Nous avons dit que les eaux minérales pouvaient être usitées à une époque toute différente de la paralysie, alors que l'apoplexie, ayant suivi ses diverses périodes, il ne reste plus que sa dernière trace, la paralysie.

Or, si l'on se représente que cette dernière n'existe plus qu'en raison d'une lésion indélébile de la substance cérébrale, on comprendra qu'il y a peu de ressources alors à attendre d'un traitement quelconque. On sait combien la strychnine ou l'électricité, appliquées à ces paralysies, suites d'apoplexies éloignées, sont, en général, inutilement employées : n'est-il pas probable qu'il en sera ainsi des eaux minérales?

Cependant il est un point de vue sous lequel leur action pourra être invoquée avec raison.

Il ne faut pas seulement considérer, parmi les causes qui entretiennent les paralysies suites d'apoplexie, l'altération cérébrale, kyste, induration ou cicatrice. Il arrive aussi que les fontions, si profondément troublées au début de la maladie, ne se relèvent qu'incomplétement de l'atteinte qu'elles ont subie, et qu'il faille s'attaquer directement à elles pour leur rendre tout ce qu'elles sont susceptibles de récupérer, placées qu'elles sont sous l'empire de lésions organiques persistantes. Le traitement ordinaire des paralysies suites d'apoplexie tient compte de ces circonstances. Or, les eaux minérales paraissent parfaitement propres à remplir cette indication, et l'on peut croire que la somme de torpeur qu'aura laissée après elle une apoplexie, soit dans l'action cérébrale elle-même, soit dans les nerfs considérés comme agents de transmission, soit enfin dans les muscles et dans l'épanouissement du système nerveux, cédera complétement à leur emploi : les eaux minérales agiraient alors spécialement comme stimulantes.

C'est dans ce but qu'elles peuvent être utilement employées dans des paralysies déjà un peu anciennes. C'est en agissant ainsi que sans doute elles ont opéré les succès qu'on leur a dûs.

Et comme il est fort difficile, dans la plupart des cas au moins, de distinguer ce qui, dans une paralysie persistante, peut tenir encore à cet état que nous désignons, faute d'un terme meilleur, sous le nom de torpeur de l'innervation, mais qui exprime un fait observé par tout le monde, il est extrêmement difficile d'apprécier d'avance ce que l'on en pourra obtenir, ou, en d'autres termes, ce que l'action médicatrice de l'organisme leur aura laissé à faire.

Ces indications posées, il reste à déterminer à quelles sortes d'eaux minérales il convient d'avoir recours.

(*La suite au prochain numéro.*)

De l'emploi de la glace dans le traitement de l'occlusion intestinale dans la cavité de l'abdomen.

Par le docteur O. Masson, ancien interne lauréat des hôpitaux.

Sous le nom d'occlusion intestinale, je désigne tous les cas dans lesquels il existe un empêchement complet à ce que les matières intestinales suivent leur cours dans leur direction habituelle, que la cavité de l'intestin se trouve bouchée par un corps venu du dehors ou développé dans cette cavité même. En ajoutant ces mots : dans la cavité de l'abdomen, j'ai en vue de laisser hors de mon sujet l'histoire des hernies; tout ce qui va suivre ne s'appliquera pas non plus aux occlusions intestinales par vice de conformation.

J'ai insisté ailleurs (Dissertation inaugurale, mars 1857) sur les principales variétés de l'occlusion intestinale et sur le mécanisme divers de sa production, aussi bien que sur les signes à l'aide desquels on peut s'assurer de l'existence de la maladie, la distinguer des maladies qui pourraient la simuler ou la compliquer, voire même soupçonner, sinon reconnaître sur le vivant l'existence de telle ou telle variété. Je me propose seulement aujourd'hui d'appeler l'attention des médecins sur un traitement peu connu, et cependant tellement efficace que, modifié de quelque façon, suivant les circonstances, il peut toujours être plus ou moins utile dans beaucoup de cas et n'être nuisible dans aucun : je veux parler de l'emploi de la glace.

Voici, du reste, en quoi consiste ce traitement : on fait des applications de glace sur le ventre, on donne des lavements d'eau glacée; le malade apaise sa soif en faisant fondre de petits morceaux de glace dans sa bouche; on lui fait prendre en petite quantité des boissons glacées.

Les applications de glace sur l'abdomen se font de la manière suivante : on place dans le lit un cerceau au-dessus du ventre du malade; à ce cerceau on suspend une large vessie en caoutchouc, dans laquelle sont enfermés les morceaux de glace, et, dès que ceux-ci sont fondus, on en introduit d'autres. Il faut que l'application de glace soit largement faite, qu'elle recouvre presque tout l'abdomen; on emploie donc plusieurs vessies en caoutchouc, si l'on n'en a pas une assez grande pour suffire à couvrir l'abdomen.

Les vessies en caoutchouc sont préférables aux autres vessies,

parce qu'elles ne laissent point transsuder l'eau ; en outre, elles ne donnent pas lieu à l'odeur insupportable que les vessies ordinaires développent après quelques heures d'application ; elles ont encore cet avantage qu'on peut les choisir aussi grandes qu'on le veut.

Si l'on n'a pas à sa disposition des vessies en caoutchouc, on se sert de vessies ordinaires : on en emploie un nombre suffisant pour couvrir le ventre, et on les suspend à un cerceau disposé comme je l'ai indiqué. Comme ces vessies sont un objet de peu de valeur, on peut les remplacer quand elles ont contracté une mauvaise odeur.

Trois fois par jour, on donne un lavement ; chaque lavement se compose de deux fortes seringues d'eau glacée.

Il est difficile de préciser d'avance pendant combien de temps on doit continuer ce traitement ; l'état général est en pareil cas le meilleur guide. Dans l'une des observations que je rapporterai bientôt, l'évacuation a commencé trente-six heures après l'emploi régulier de la glace ; dans l'autre, seulement quatre jours après.

A qui doit-on rapporter l'honneur de l'emploi de ce mode de traitement ou des moyens analogues contre l'occlusion intestinale intra-abdominale, et comment a-t-on pu être amené à l'emploi de ce traitement contre l'état morbide dont il s'agit ? Probablement l'emploi du froid a été fait depuis longtemps dans ces circonstances ; il est impossible cependant de remonter au delà du fait de Ranoë, consigné par M. Raige-Delorme dans l'article *Volvulus* du Répertoire des sciences médicales, fait dans lequel le médecin danois réussit à l'aide de fomentations froides fréquemment renouvelées sur le ventre, de l'administration d'eau froide à l'intérieur, à faire cesser une constipation rebelle, accompagnée de vomissements stercoraux. Toujours est-il que la glace paraît avoir été employée en premier lieu par M. le professeur Chomel, qui, chez une femme atteinte d'occlusion intestinale, en 1850, parvint, à l'aide des applications de glace sur le ventre, de l'eau de Seltz frappée de glace et des injections d'eau glacée, à obtenir la guérison. De son côté, M. le professeur Grisolle a beaucoup contribué, par son exemple et par ses écrits, à propager ce traitement, et l'on trouvera plus loin deux observations empruntées au service de ce professeur distingué. Quant aux motifs qui ont pu guider dans l'emploi de ces moyens, il est permis de croire que les propriétés *évacuantes* bien connues de cet agent ont pu conduire à en faire un mode de traitement régulier contre l'occlusion intestinale.

Mais ne serait-on pas tenté de se demander si l'emploi de la glace contre l'occlusion intestinale n'offre pas quelques dangers ? Ces craintes ne doivent-elles pas tomber cependant devant les faits nom-

breux qui témoignent de l'innocuité des applications de glace sur l'abdomen faites dans d'autres circonstances ? Le *Bulletin de Thérapeutique* n'a-t-il pas consigné les faits les plus éloquents en faveur de l'emploi de la glace dans le cas d'opération césarienne, dans les fièvres typhoïdes, les hémorrhagies intestinales, les hernies étranglées, etc. ? Tout se réunit donc pour dissiper les craintes que pourraient inspirer ces applications de glace, craintes dont les recherches sur le froid considéré comme anesthésique ont d'ailleurs fait justice depuis quelque temps.

Reste à déterminer quel est le mode d'action de la glace dans le traitement de l'occlusion intestinale intra-abdominale. Une part doit être faite à l'astriction des vaisseaux produite par le froid et à la diminution de volume qui est, pour ainsi dire, une conséquence forcée de l'astriction exercée par le froid sur les vaisseaux, comme du reste sur la trame des organes qui n'échappe, pas plus que toute autre substance matérielle, à la loi physique en vertu de laquelle tout corps diminue de volume par le refroidissement. Or, comme dans l'occlusion intestinale il survient promptement du gonflement sous l'influence du mouvement phlegmasique développé au niveau de l'obstacle et très-souvent aussi, particulièrement dans les cas d'invagination, d'étranglement et même d'obstruction, sous l'influence de la gêne toute mécanique apportée à la circulation, c'est précisément l'un des plus précieux avantages de la glace d'empêcher les phénomènes morbides vitaux de venir joindre leurs effets à la cause première qui a déterminé l'obstacle. La glace maintenue sur toute la surface de l'abdomen ne peut manquer d'étendre bientôt son action aux parties sous-jacentes ; l'eau glacée, injectée dans le rectum plusieurs fois par jour, en grande quantité chaque fois, est mise ainsi en contact plus direct avec la masse intestinale. Elle peut refroidir cette masse de toutes parts, puisque le gros intestin se trouve distendu et qu'il entoure circulairement tout le paquet intestinal. Enfin, l'eau glacée qui arrive par la bouche concourt encore à refroidir les parties supérieures du tube digestif. En un mot, le froid arrive de toutes parts, et il est impossible que la partie de l'intestin qui est le siége de l'occlusion échappe à son action.

D'un autre côté, le froid possède une action sédative, antispasmodique, et quoiqu'on ne puisse admettre comme variété isolée l'iléus nerveux, parce que l'existence de cette variété n'est pas encore démontrée, on ne peut se refuser à reconnaître que dans une affection si douloureuse, l'élément nerveux ne doive jouer un rôle important, soit pour l'aggravation des symptômes généraux, soit

pour la production d'un état spasmodique local dans la portion de l'intestin où siége l'occlusion. Le froid ne paraît pas devoir agir moins efficacement contre ce nouveau genre de phénomènes.

Un phénomène constant dans tous les cas d'arrêt dans le cours des matières, c'est le météorisme, dont les inconvénients sont multiples, d'abord par la gêne et le malaise qu'il occasionne, puis par l'obstacle qu'il apporte au jeu du diaphragme et à l'accomplissement des mouvements respiratoires, par la distension qu'il fait subir aux tuniques intestinales et au péritoine en particulier, par son influence fâcheuse sur la tonicité de la tunique musculeuse. Le froid a l'avantage incontestable de diminuer beaucoup le ballonnement, en condensant les gaz, de faire disparaître par conséquent en grande partie tous ces inconvénients.

Ce n'est pas tout : le froid, employé contre l'occlusion intestinale, agit aussi d'une autre façon. On connaît le fait de réduction d'une hernie obtenue par J. L. Petit, en projetant un seau d'eau froide contre la tumeur. M. Baudens a vu quelquefois une hernie se réduire d'elle-même, uniquement par l'application de la glace. Dans ces cas, le froid agit comme par surprise, en déterminant une vive secousse, en sollicitant vivement une contraction intestinale capable de dégager l'anse étranglée, de faire cesser l'invagination, de déplacer le corps obstruant l'intestin, de faire disparaître, en un mot, la cause principale de l'occlusion. Il serait possible que la glace appliquée sur l'abdomen, que l'eau glacée injectée par le rectum, pussent amener les mêmes résultats, en agissant de la même façon. Enfin, si l'occlusion intestinale provient d'un amas de matières stercorales durcies, les lavements d'eau glacée poussée en grande quantité, avec prudence toutefois, peuvent ramollir ces matières, en même temps que le liquide froid sollicitera la contraction de l'intestin pour les expulser. Ces lavements pourront être fort utiles encore dans le cas où l'occlusion est due à une invagination du bout supérieur dans le bout inférieur, ce qui est de beaucoup le cas le plus commun, produite aux dépens du gros intestin.

J'ai dit plus haut que le traitement par la glace était applicable à tous les cas : c'est effectivement un de ses plus précieux avantages ; car l'emploi des purgatifs, par exemple, risquerait fort, dans un cas de perforation, d'aggraver les accidents. Or, en supprimant les lavements glacés, le traitement que nous avons indiqué reste encore applicable ici ; car s'il s'agit en réalité d'une perforation, la glace conserve encore les avantages suivants : elle diminue la tension du ventre en condensant les gaz, et ceux-ci, occupant un moindre vo-

lume, ont moins de tendance à passer dans le péritoine par la perforation ; il y a sédation de la douleur ; en outre, l'application continue du froid ne peut qu'être utile contre la péritonite, suite presque inévitable des perforations.

Ici s'arrête ce que je voulais dire du traitement de l'occlusion intestinale par la glace ; il me reste, et c'est là sans doute une des parties les plus importantes de ce travail, à faire connaître les deux faits de succès que j'ai recueillis dans le service de M. le professeur Grisolle, et qui témoignent si hautement des bons résultats de ce mode de traitement.

Obs. I. *Vomissements stercoraux et constipation absolue pendant plusieurs jours. — Traitement : Application sur le ventre d'une vessie remplie de glace ; lavement avec l'eau glacée ; morceaux de glace dans la bouche pour apaiser la soif ; cessation des accidents d'occlusion ; guérison rapide et complète.* — (Hôtel-Dieu, service de M. Grisolle, n° 1, salle Saint-Benjamin.) — Le samedi 8 juillet 1854, le nommé G... (François), âgé de trente-deux ans, journalier, est entré au n° 1 de la salle Saint-Benjamin. Cet homme, d'une forte constitution, jouit habituellement d'une bonne santé ; il n'a jamais eu d'affection grave du côté de l'abdomen, il n'a fait récemment ni excès de table ni effort considérable, il n'est pas constipé habituellement, et ne l'était point ces jours derniers.

Ce matin, il n'éprouvait rien qui pût lui annoncer le moindre dérangement. Il a été pris dans l'après-midi de coliques peu douloureuses d'abord, mais qui ont été en augmentant d'intensité.

Le dimanche 9 juillet, les coliques sont plus violentes, pas de selles, suppression complète d'excrétion gazeuse par l'intestin ; le ventre est tendu, assez fortement ballonné ; son tympanique au-dessus de l'ombilic, moins clair au-dessous ; le malade n'a pas uriné depuis samedi matin.

La pression du ventre est assez douloureuse ; elle l'est un peu plus au-dessus de l'ombilic que dans le reste du ventre, mais la différence est peu sensible ; en un mot, il n'y a pas un point bien limité où la pression soit beaucoup plus douloureuse qu'ailleurs.

Le malade se plaint de nausées, il n'a pas encore eu de vomissements ; la respiration est anxieuse, accélérée, ce qui tient sans doute au ballonnement du ventre ; pouls petit et fréquent, 100 pulsations.

La physionomie exprime la douleur, les yeux sont excavés ; néanmoins l'altération des traits n'est pas profonde, pas de céphalalgie ; insomnie complète pendant toute la nuit dernière. — 5 gouttes d'huile de croton tiglium, 3 pilules, 2 lavements des peintres.

Le soir, le malade a rendu un vent, provenant peut-être de la partie de l'intestin qui est située au-dessous de l'obstacle ; il y a eu dans la journée plusieurs vomissements de matières liquides mêlées de grumeaux jaunâtres et ayant l'odeur stercorale ; cet état dure le lundi 10 et le mardi 11 juillet. — Le lundi, cataplasme sur le ventre, bain tiède prolongé.

Le mardi matin 11 juillet, on a prescrit : application sur le ventre d'une vessie remplie de glace, six lavements d'eau glacée par jour ; pour se désaltérer, le malade sucera de petits morceaux de glace.

Le mercredi 12, les vomissements stercoraux ont cessé.

Le vendredi 14, le facies est un peu meilleur, la langue est humide ; le malade dit avoir appétit ; la tension du ventre a diminué ; la douleur, même à la pression, a presque entièrement disparu ; le malade a uriné ; respiration un peu moins anxieuse ; le pouls s'est relevé, sans avoir augmenté de fréquence, 100 pulsations ; toutefois le ballonnement et la constipation persistent ; insomnie absolue, pas de céphalalgie, plus de hoquet. — On continue le traitement institué mardi matin.

(Toute cette partie de l'observation a été prise par mon collègue M. Touzelin, alors mon remplaçant, qui m'a remis ses notes.)

Le samedi 15 juillet. Hier, à sept heures du soir, le malade a eu des garde-robes liquides très-abondantes ; ce matin, il a eu deux selles ; il dit éprouver un grand soulagement ; le ventre n'est plus tendu, chaleur de la peau, pouls vibrant et fréquent. — Saignée de 300 grammes ; diète.

Le 16. Le malade a été deux fois à la garde-robe dans la nuit, il se trouve bien ; pouls, 92 ; chaleur modérée ; pas de douleur dans le ventre, même à la pression ; plus de ballonnement ; pas de céphalalgie, langue bonne ; la saignée d'hier est légèrement couenneuse ; quelques râles ronflants dans les deux côtés de la poitrine. — Deux bouillons ; pectorale, deux pots ; julep gommeux.

Le 17. Même état, expectoration bronchique assez abondante, pas de fièvre ; deux selles.

Le 18. Diminution des râles ronflants, qu'on n'entend plus qu'à droite ; pas de fièvre ; une selle. — Bouillons et potages.

Le 19, il va tout à fait bien, demande et obtient sa sortie.

Obs. II. *Rétention des matières fécales et des vents, et vomissements pendant sept à dix jours (sept jours à notre connaissance, dix jours suivant le malade). Traitement : par l'application largement faite d'une vessie pleine de glace sur l'abdomen, par les lavements d'eau froide en grande quantité et les boissons glacées ; débâcle et cessation des vomissements trente-six heures après que le traitement par la glace a commencé à être rigoureusement exécuté ; guérison définitive ; on soupçonne que la cause de l'occlusion intestinale a pu être un phlegmon iliaque droit (sus-aponévrotique) ayant probablement refoulé les parois de l'intestin de façon à effacer sa cavité.* — (Hôtel-Dieu, 1855 ; service de M. Grisolle, n° 31, salle Sainte-Jeanne.) D... (Auguste), âgé de vingt-huit ans, tabletier, entré le 24 mai 1855, sorti le 10 juillet. (Durée du séjour, quarante-sept jours.)

Entré le jeudi soir 24 mai, cet homme déclare qu'il s'est enivré il y a quatre jours ; il est mal à l'aise depuis ce moment-là ; il souffre du ventre ; il est, du reste, à peu près sans fièvre.

Le 25, au matin, il est dans le même état ; on pense qu'il a eu une indigestion ; on prescrit : infusion de thé, cataplasmes sur le ventre.

Le 25, au soir. Il a vomi toute la journée ; il dit n'avoir pas été à la selle depuis quatre jours ; il n'y a pas de hernies. — Glace en morceaux contre les vomissements ; lavement purgatif avec séné et sulfate de soude.

Le 26, au matin. Il y a de la fièvre, une sensibilité assez vive dans la fosse iliaque droite (la cuisse correspondante n'est pas rétractée, et ses mouvements ne sont pas douloureux). M. Grisolle soupçonne un phlegmon iliaque. — Huile de ricin, 20 grammes ; 30 sangsues au niveau de la fosse iliaque droite.

Le 27, au matin. Il n'a pas été à la selle hier, et a vomi plusieurs fois dans la journée.

Le soir, il a pris 2 gouttes d'huile de croton tiglium; il les a vomies; n'a pas été à la selle dans la nuit et a continué de vomir.

Ce matin, le ventre est ballonné, assez douloureux à la pression; il n'y a pas de douleurs spontanées bien vives; la douleur, à la pression, est moins vive dans la fosse iliaque droite qu'elle n'était hier; on y a fait hier au soir une nouvelle application de 40 sangsues; il y a fréquence du pouls, sans chaleur de la peau; la face est peu altérée (M. Grisolle discute la cause à laquelle on doit rapporter la rétention des matières fécales chez ce malade); on pratique le toucher rectal, pas d'obstacle appréciable pour le toucher; la rétention des matières fécales peut dépendre ici soit d'un étranglement interne produit par quelque bride, quelque anneau intérieur, soit d'une invagination; peut-être le calibre de l'intestin est-il effacé par le phlegmon qu'on a supposé s'être développé dans la fosse iliaque droite, et qui peut, en effet, refouler les parois de l'intestin, et déterminer ainsi son occlusion; toutefois on n'a encore pu que soupçonner l'existence de ce phlegmon, on n'a pas senti jusqu'ici de tumeur à la palpation; il est vrai que la sensibilité vive développée dans cette région ne permet pas d'approfondir l'examen; le malade dit qu'il ne se souvient pas d'avoir rendu des vents depuis le 22 (deux jours avant l'entrée), c'est-à-dire depuis six jours. — Glace sur le ventre, lavements glacés; deux fortes seringuées d'eau glacée coup sur coup, cela trois fois dans la journée; boissons glacées.

(M. Grisolle n'insiste plus sur les purgatifs; on les a tentés au début, ils ont échoué; ils pourraient être dangereux, augmenter l'invagination dans le cas où il y aurait une invagination, ou amener une perforation au-dessus de l'obstacle existant.)

Le 28, au matin, 100 pulsations, pas de chaleur; il a rendu les deux premiers lavements glacés, mais l'eau du lavement toute seule; il n'a pas rendu de vents; ventre toujours ballonné; on voit les anses intestinales se dessiner; sensibilité très-vive dans tout le ventre; il a vomi six ou huit fois (vomissements aqueux). — Large application de vessie contenant de la glace sur tout le ventre, lavements glacés et boissons glacées comme hier, un grand bain.

(Les applications de glace sur le ventre avaient été mal faites hier; on a mis la glace dans une vessie trop petite, ne couvrant du ventre qu'un espace de la longueur de la main.)

Le 29, au matin. La prescription a été encore mal exécutée. On s'est bien servi cette fois d'une très-large vessie (suspendue par un cordon à un cerceau placé au-dessus du ventre du malade) couvrant presque tout le ventre, mais on n'a eu la glace que le soir. Jusque-là, on n'a pu employer que de l'eau froide (mais non glacée) en lavements et en application. Le malade est resté une heure et demie dans le bain; les vomissements ont continué. — Même prescription qu'hier, moins le bain.

Le 30, au matin. La prescription a été ponctuellement suivie. Le ventre n'a pas cessé d'être couvert d'une large vessie contenant de la glace; on a donné les trois lavements glacés, se composant chacun de deux fortes seringuées d'eau.

Ce matin, le ventre est un peu moins tendu et moins douloureux, soit spontanément, soit à la pression; le malade a rendu quelques gaz dans la nuit; l'eau des lavements a été rendue jaunie, tandis que jusque-là elle revenait telle qu'elle était donnée. Quelques heures de sommeil cette nuit; plus de vomissements, mais encore des nausées. — Huile de croton tiglium, 3 gouttes dans 100 gram-

mes de sirop. On donnera ce médicament en trois fois, à trois heures de distance, mais seulement à partir de midi, si, à cette heure, le malade n'a pas été à la selle et n'a pas rendu des gaz en abondance. On donne de suite un lavement salé.

L'expulsion de quelques gaz depuis hier, la coloration jaunâtre des lavements rendus, font supposer à M. Grisolle que l'obstacle a disparu, en partie du moins. Il est indiqué maintenant d'exciter la contraction de l'intestin, qui, dilaté outre mesure pendant un si long temps, a dû perdre de son ressort. C'est dans le but de réveiller la contractilité de l'intestin que M. Grisolle vient de faire donner un lavemnnt purgatif et de prescrire conditionnellement l'huile de croton.

Le 31. Hier, à la fin de la visite du matin, le malade a eu une débâcle accompagnée d'une bruyante expulsion de gaz, quelques instants après l'administration du lavement purgatif. Nous l'avons vu littéralement plongé dans un bain de matières fécales jaunâtres.

Il n'a pas éprouvé de défaillances, comme on le voit quelquefois après de semblables évacuations.

Il y a eu dans la journée d'hier de nouvelles évacuations.

Ce matin, 96 pulsations; le ventre est tout à fait assoupli, non douloureux.

Hier, après la débâcle, on a supprimé la glace; l'huile de croton prescrite conditionnellement n'a pas été donnée.

(Les symptômes d'occlusion ont duré sept jours, à notre connaissance; dix jours, au dire du malade.)

Le 1er juin, il a continué à évacuer. Ce matin, on sent un empâtement manifeste dans la fosse iliaque droite, où le malade éprouve encore de la douleur à la pression; du reste, la cuisse droite n'est pas rétractée, et ses mouvements restent libres. La prédominance de la douleur dans la fosse iliaque droite, dès le début, avait fait soupçonner un phlegmon iliaque. L'existence de ce phlegmon pouvait en effet expliquer, jusqu'à un certain point, les phénomènes d'occlusion intestinale qu'on observait. La cuisse droite n'était point rétractée, et ses mouvements étaient libres. Ces symptômes, ou plutôt cette absence de symptômes du côté de la cuisse correspondante, devaient faire penser à un phlegmon sus-aponévrotique, et cette supposition expliquait mieux encore les phénomènes d'occlusion de l'intestin; en effet, le phlegmon, non bridé par l'aponévrose, pouvait facilement se développer du côté de l'intestin, en diminuer le calibre, et l'oblitérer même, par le refoulement de ses parois l'une contre l'autre.

Aujourd'hui, que la disparition du météorisme et la diminution de la sensibilité permettent d'explorer la fosse iliaque droite, la perception d'un empâtement manifeste dans cette région donne à penser que ce soupçon pouvait être juste. Toutefois ce diagnostic de la cause n'est qu'un soupçon.

Le malade est sans fièvre. — Vésicatoire au niveau de l'empâtement perçu dans la fosse iliaque; potages.

Le 3. Pouls, 92; pas de chaleur. Le malade n'a pas été à la selle hier; il a eu quelques coliques; il n'éprouve pas de douleurs spontanées dans la fosse iliaque droite, mais la pression y est toujours douloureuse. — Un demi-lavement; une portion.

Le 8. La sensibilité et l'empâtement de la fosse iliaque droite ont disparu graduellement; depuis hier, il se lève et mange deux portions; on ne sent plus

rien dans la fosse iliaque. Le malade a examiné attentivement ses garde-robes et n'y a rien vu de particulier.

Le 10. Il est resté longtemps maigre et faible; il sort aujourd'hui bien rétabli.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur la suture entrecoupée, substituée à la suture entortillée, pour la réunion des bords du bec-de-lièvre unilatéral simple et de celui qui est compliqué de bifidité des os maxillaires.

Note communiquée à la Société de chirurgie, par M. G. Mirault, professeur de clinique externe à l'École de médecine d'Angers.

L'objet de cette communication est d'exposer à la Société les résultats que j'ai obtenus de la suture entrecoupée dans l'opération du bec-de-lièvre unilatéral, et de démontrer que ce moyen de synthèse présente à cet effet des avantages remarquables sur la suture entortillée. Je diviserai mon sujet en deux parties : dans la première, j'exposerai les faits à l'appui du mode de réunion que je propose d'appliquer au bec-de-lièvre; dans la seconde, j'apprécierai sa valeur comparative avec celle de la suture entortillée, exclusivement employée jusqu'ici dans le même but.

Obs. I. *Bec-de-lièvre unilatéral simple réuni par la suture entrecoupée. — Enlèvement des fils le septième jour après l'opération. — Résection du lobule médian de la lèvre supérieure par mon procédé modifié.* — Le nommé Pihouée, jardinier, âgé de vingt-sept ans, portait à gauche un bec-de-lièvre qui n'occupait que le tiers inférieur de la lèvre. Le 22 septembre 1852, je l'opérai comme il suit, aidé de MM. Dulavouër et Feillé, internes à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

D'abord, par une incision transversale de 4 millimètres faite au bas du bord interne du bec-de-lièvre, je détachai le lobule médian, que j'avivai ensuite sur son côté externe par une incision verticale. Ces deux incisions, se réunissant à angle droit, interceptaient un petit lambeau, qui adhérait encore à la lèvre par un pédicule épais. L'opération fut ensuite continuée à la manière ordinaire, excepté qu'à la fin des sections je pratiquai à la partie inférieure du bord externe de la fissure labiale une perte de substance angulaire en rapport de dimensions avec le petit lambeau laissé sur le côté opposé. Procédant ensuite au rapprochement des bords du bec-de-lièvre, le lambeau lobulaire, formant un angle saillant, vint se loger dans l'angle rentrant pratiqué sur le côté opposé de la manière la plus exacte. Quatre points de suture entrecoupée, savoir : deux pour le corps de la lèvre et deux pour le lobule, servirent à la réunion des parties divisées [1].

[1] Je me sers à cet effet d'aiguilles longues et plates, de 1 millimètre environ de largeur; ces aiguilles, lancéolées à leur pointe, sont faciles à diriger, et traversent les tissus sans effort. Celles que j'emploie pour reconstituer le lobule médian de la lèvre n'en diffèrent qu'en ce que leurs dimensions sont plus petites.

A partir du troisième jour après l'opération, et dans le but de surveiller la suture, je changeai tous les matins le plumasseau de charpie enduit de cérat et la bandelette de linge dont j'avais recouvert la plaie, et je vis, non sans une grande satisfaction, que les fils ne coupaient point les chairs. Ce ne fut que le septième jour qu'ils commencèrent à les entamer, et que je pris le parti de les retirer. Dès ce moment la restauration de la lèvre était des plus parfaites.

J'avais choisi un adulte pour faire ce premier essai d'application de la suture entrecoupée à l'opération du bec-de-lièvre. Ici, en effet, je rencontrais les conditions les plus favorables au succès : simplicité et petite étendue de la difformité, fermeté et extensibilité des chairs, docilité et en quelque sorte coopération du malade. Enhardi par le résultat, j'osai l'appliquer, comme on le verra ci-après, à des sujets très-jeunes. C'est aussi sur ce même malade que j'entrepris de modifier mon procédé de résection du lobule médian de la lèvre. En effet, jusque-là j'avais appliqué le lambeau, qu'on détache du côté interne, sur une surface oblique résultant de la résection de l'angle arrondi du côté externe de la fissure. Mais je n'en étais pas complétement satisfait ; il restait toujours un pli sur le bord libre de la lèvre, au point de jonction du petit lambeau. C'est pour remédier à ce faible défaut que je résolus de procéder comme on l'a vu chez Pihouée, et j'ai eu lieu de m'en applaudir, puisque la configuration des parties restaurées est dans ce dernier cas encore plus complète.

Obs. II. *Bec-de-lièvre unilatéral simple. — Réunion par la suture entrecoupée, maintenue jusqu'au huitième jour.* — Marie Bureau, de la Salle-Aubry (Maine-et-Loire), âgée de deux ans, était atteinte d'un bec-de-lièvre qui n'intéressait que les trois quarts inférieurs de la lèvre, à gauche.

Le 10 mai 1853, je l'opérai suivant le procédé employé généralement, et je réunis par quatre points de suture entrecoupée, dont deux pour le bord libre de la lèvre, l'un en avant, l'autre en arrière. La plaie fut ensuite recouverte d'un morceau de taffetas gommé. Au bout de six jours j'enlève les deux fils supérieurs ; ils n'avaient pas produit la plus légère division des chairs. Le huitième jour je retire les deux fils du bord libre de la lèvre ; ils avaient commencé d'entamer les tissus, et leurs anses étaient devenues lâches. Du reste, la réunion était parfaite dans toute la hauteur de la solution de continuité ; mais il restait une encochure au bord labial, comme il arrive toujours quand on opère à l'ordinaire.

On peut remarquer, dans cette observation, que six jours entiers s'étaient écoulés sans que les tissus que comprenaient deux des points de suture en eussent encore éprouvé la moindre atteinte, et que les deux autres les avaient à peine lésés le huitième jour. Voilà la preuve la plus évidente de l'innocuité de la suture entrecoupée. Chez cette malade, j'ai appliqué, comme je le fais le plus souvent, un point de suture à la partie postérieure du bord libre de la lèvre.

C'est une pratique dont je me suis toujours bien trouvé. On verra dans l'observation V que, bien que j'eusse appliqué le point de suture inférieur au milieu de l'épaisseur du bord libre, il ne prévint pas un léger écartement des lèvres de la plaie en arrière de ce même bord.

Obs. III. *Bec-de-lièvre unique et simple du côté gauche.— Résection du lobule labial. — Réunion par la suture entrecoupée.* — Joseph Gaignard, de Saint-Mathurin (Maine-et-Loire), âgé de quatre mois et demi, portait un bec-de-lièvre unilatéral sans aucune complication.

Je l'opérai le 4 septembre 1853, en conservant le lobule médian de la lèvre, comme je l'avais fait chez Pihouée, et j'appliquai trois points de suture entrecoupée. Je recouvris ensuite la lèvre d'un morceau de taffetas gommé. Quelques heures après l'opération, l'enfant prenait le chemin de fer pour s'en retourner dans son pays, avec recommandation faite à ses parents de le ramener le septième jour.

Les 4, 5 et 6, la mère donne à teter à son enfant, comme si de rien n'était.

Les 7, 8 et 9, apercevant un peu de gonflement et craignant quelque chose, d'autant plus que l'enfant ne cesse de crier, la mère suspend l'allaitement.

Le 11 (septième jour), le petit malade est reconduit à Angers. La réunion est complète. Toutefois, le point de suture du bas avait entamé les chairs dans l'étendue d'un millimètre et demi; là existait une ulcération, mais si petite, que je ne crus pas pour cela devoir garder l'enfant. Je réappliquai une bandelette de taffetas d'Angleterre, et je le renvoyai à Saint-Mathurin. Quelques jours après, il était entièrement guéri.

Quoi de plus expéditif qu'un pareil traitement! Une semaine a suffi pour guérir la plaie complexe, qui résultait tout à la fois de la résection des bords du bec-de-lièvre et de la restauration du lobule médian.

La simplicité de la cure chez les malades des observations précédentes m'avait inspiré une si grande confiance dans la suture entrecoupée, que je ne craignis point de renvoyer l'enfant chez lui, à cinq lieues d'Angers, jusqu'au moment que j'avais fixé pour retirer les fils de la suture. Je n'eus pas lieu de me repentir de ma hardiesse, car lorsque le petit malade me fut ramené le septième jour après l'opération, il était dans l'état le plus satisfaisant et pouvait être considéré comme guéri.

L'observation qui suit n'offre pas un résultat moins remarquable.

Obs. IV. *Bec-de-lièvre unilatéral simple traité par la suture entrecoupée. — Reconstitution du lobule labial.* — Marie Mimot, de la Chapelle-Saint-Sauveur (Loire-Inférieure), âgée de huit mois, portait un bec-de-lièvre unique, situé à gauche, et qui n'occupait que les deux tiers de la hauteur de la lèvre. Dans l'opération, qui fut faite le 21 août 1855, je restaurai le lobule médian et j'appliquai quatre points de suture, deux sur le corps de la lèvre, et les deux autres sur son bord libre. Immédiatement après, Marie partit pour le bourg d'Érigné, à deux lieues d'Angers.

Le 27, on me la ramène. Les fils, après six jours, n'avaient point encore entamé les bords du bec-de-lièvre, que je trouvai parfaitement réunis; seulement les trous de passage de ces fils s'étaient un peu élargis. Ce même jour j'enlevai les deux points de suture supérieurs, et le lendemain 28 les deux inférieurs, c'est-à-dire ceux du bord libre de la lèvre. Je les remplaçai par une bandelette de taffetas gommé, et je renvoyai Marie Mimot dans son pays, après avoir recommandé à ses parents de n'enlever le taffetas qu'au bout de cinq ou six jours. J'ai su depuis que les choses s'étaient passées conformément à mes prévisions.

Jusqu'ici, j'ai montré la suture entrecoupée appliquée seulement à des cas de bec-de-lièvre simples; il me reste à démontrer qu'elle peut être employée avec avantage contre certains cas compliqués de cette difformité.

Obs. V. *Bec-de-lièvre compliqué de bifidité des os maxillaires et du voile du palais, opéré avec succès par la suture entrecoupée.* — Constance Barbary, de Trémentines (Maine-et-Loire), âgée de cinq mois, portait un bec-de-lièvre du côté gauche, compliqué d'écartement des os maxillaires. Au niveau du bord alvéolaire, cet écartement pouvait avoir 5 millimètres. Le 4 mai 1853, je l'opérai sans conserver le lobule médian, et je plaçai quatre points de suture entrecoupée, dont l'inférieur occupait le milieu de l'épaisseur du bord libre de la lèvre.

Le 8, après quatre jours révolus, j'ôtai deux fils, savoir : celui du milieu du corps de la lèvre, et l'inférieur, qui occupait son bord muqueux. Les trous de passage de ces fils s'étaient un peu agrandis; on remarquait aussi derrière le bord libre de la lèvre un petit écartement angulaire, produit vraisemblablement par la langue de l'enfant.

Le 10, six jours après l'opération, je retirai les deux derniers fils, et, chose remarquable, ils n'avaient point divisé les tissus, et leurs trous de passage étaient à peine suppurants. La réunion du bec-de-lièvre s'était faite régulièrement dans toute sa hauteur. Un morceau de taffetas agglutinatif remplaça les points de suture, et Constance Barbary put s'en retourner à Trémentines le 16 mai, douzième jour depuis son opération. A son départ, le petit écartement de la face interne de la lèvre que j'ai signalé s'était déjà cicatrisé en grande partie.

Ainsi, dans le fait que je viens de rapporter, malgré l'écartement des os et l'âge encore bien tendre de l'enfant, les choses se sont passées avec autant de bonheur que dans les cas plus simples de bec-de-lièvre. Mais d'où vient que deux des fils avaient commencé d'entamer les chairs au bout de quatre jours seulement, alors que les deux autres n'avaient rien produit de pareil après six jours révolus ? Je ne trouve qu'une explication de ce fait: c'est sans doute que les deux premiers points de suture avaient été plus serrés que les deux derniers. En effet, à constriction égale, c'est ordinairement le fil appliqué sur le bord muqueux de la lèvre qui coupe le plus lentement les tissus, et c'est le contraire qui est arrivé chez Constance Barbary.

Voici un autre cas de bec-de-lièvre compliqué, qui a été traité de la même manière et aussi heureusement.

Obs. VI. — Félix Reveillard, enfant délicat et âgé de trois ans et demi, me fut présenté pour que je l'opérasse d'un bec-de-lièvre compliqué de division des os maxillaires et du voile du palais. A la voûte palatine, l'écartement des os avait au moins 2 centimètres, mais au rebord alvéolaire il n'avait pas plus de 3 millimètres. Je l'opérai le 11 octobre 1853, à dix heures du matin, sans refaire le lobule labial. Trois points de suture entrecoupés furent appliqués, deux sur le corps de la lèvre, le troisième à la partie postérieure de son bord libre. Je mis ensuite une bandelette de taffetas gommé entre les deux points supérieurs de la suture, qui étaient un peu éloignés l'un do l'autre, et je recouvris le tout avec une large bande du même agglutinatif, qui s'étendait d'une joue à l'autre en passant en manière de pont par-dessus la plaie.

Le 17, à huit heures et demie du matin, un peu moins de six jours après l'opération, je supprime les deux fils qui ont été appliqués sur le corps de la lèvre. Ces fils, devenus vagues, avaient coupé les chairs dans l'étendue de 1 à 2 millimètres, et leurs ouvertures fournissaient un peu de suppuration.

Le fil du bord libre est un peu relâché ; cependant je le laisse en place, et je passe de nouveau avec du taffetas d'Angleterre. L'adhésion des bords du bec-de-lièvre s'était faite dans les cinq sixièmes de la hauteur de la lèvre. A sa partie la plus élevée existait encore un léger écartement des bords de la plaie, défaut de réunion qui dut être attribué à ce que le point de suture supérieur avait été appliqué trop bas.

Le 18, je retire le point de suture du bord libre de la lèvre. Il n'a déterminé par sa présence, non plus que les deux autres, pour ainsi dire aucune trace de phlogose. Dès le lendemain, huitième jour depuis l'opération, l'enfant s'en retournait dans son pays, la cicatrice soutenue et protégée par le même agglutinatif.

Si le succès n'a point été aussi complet dans ce dernier cas que dans le précédent, il faut s'en prendre non à la suture, qui a parfaitement réussi partout où elle a été appliquée, mais plutôt, je l'ai dit déjà, à ce que le point de suture supérieur avait été placé trop bas. Il fallait sur ce malade quatre points de suture au lieu de trois, et les rapprocher davantage les uns des autres. Au surplus ce léger écartement des bords de la plaie, dans le haut, n'a pas dû subsister longtemps. On sait, en effet, qu'une solution de continuité, disposée ainsi angulairement, se ferme spontanément par le rapprochement progressif de ses côtés, du sommet vers la base du sinus qu'elle représente.

Il serait inutile, je pense, de multiplier les observations que je viens de mettre sous vos yeux, pour prouver les heureux effets de la suture entrecoupée, appliquée au traitement du bec-de-lièvre unilatéral, soit simple, soit compliqué d'écartement des os maxillaires. Ce moyen synthétique, outre qu'il réunit exactement les bords de la plaie, les maintient affrontés plus que le temps néces-

saire pour leur solide adhérence, sans occasionner leur déchirure. On a vu que chez presque tous nos malades six jours au moins s'étaient écoulés avant que les chairs eussent commencé à être entamées par les fils ; c'est que ceux-ci, médiocrement serrés, ne produisent ni douleur, ni gêne dans la circulation, ni phlogose notable des tissus. Durant un traitement aussi simple, l'office du chirurgien se réduit à rien, pour ainsi dire ; sa surveillance est si peu indispensable que le malade peut s'éloigner de lui immédiatement après l'opération, et ne revenir le trouver qu'au moment fixé d'avance pour retirer les fils. L'observation m'a démontré qu'en général cette ablation, qui constitue à vrai dire le seul pansement rigoureusement nécessaire, devrait se faire le sixième jour. Ce n'est pas qu'on ne puisse la faire plus tôt, puisque cinq jours et même quatre suffisent pour la réunion de la plaie, mais la présence des fils dans les chairs, alors même qu'ils les ont déjà un peu entamées, est si peu nuisible, que j'ai cru devoir, dans presque tous les cas, enlever les points de suture plutôt au delà qu'en deçà de l'époque que je viens d'assigner.

Ces résultats si satisfaisants font un grand contraste avec ce qui se passe quand on réunit les bords du bec-de-lièvre par la suture entortillée ; les épingles droites et inflexibls, qu'on laisse séjourner dans l'épaisseur de la lèvre, produisent sur elle un tiraillement douloureux ; le fil dont on les entoure comprime les tissus, gêne la circulation, et, quand le gonflement s'est manifesté, les étrangle. Ou je me trompe beaucoup, ou ce sont là les conditions les plus capables de produire l'inflammation et la déchirure des chairs. L'induction seule ferait supposer ces désordres, si l'expérience journalière ne les démontrait. Dans un autre travail sur le même sujet, j'ai produit des faits qui montrent avec quelle rapidité les épingles coupent les chairs chez les jeunes enfants. Sur une petite fille de sept mois (Mélanie Besnier), qui portait un bec-de-lièvre unilatéral compliqué de fissure inter-maxillaire, les tissus soulevés par les épingles étaient en grande partie divisés trente-deux heures après l'opération, et pareil effet avait été produit, au bout de quarante-trois heures, chez un garçon de vingt-sept mois atteint de la même difformité.

Ces accidents de la suture entortillée, que je n'ai point exagérés et qu'expliquent suffisamment le défaut de souplesse et la sécabilité remarquable des lèvres chez les jeunes enfants, sont, durant les premiers jours, l'objet d'une préoccupation continuelle pour l'opérateur. Obligé souvent de retirer les épingles à une époque où la

réunion est trop faible encore pour résister à la rétractilité naturelle des chairs et à la contraction des muscles, il maintient rapprochés comme il peut les bords de la plaie; heureux si, par des moyens auxiliaires, il prévient la rupture de la cicatrice et une difformité pire encore que celle qu'il s'est efforcé de corriger. Pour moi, qui me suis trouvé plus d'une fois dans cette pénible situation, je ne cacherai point l'anxiété qu'elle m'a causée; j'avouerai même que pendant bien des années, et jusqu'au moment où j'ai eu l'idée de recourir à la suture entrecoupée, je n'ai point entrepris une seule opération de bec-de-lièvre sans ressentir une certaine inquiétude, que les soins extrêmes que je me proposais d'y apporter ne pouvaient dissiper.

D'autres que moi ont signalé les défauts de la suture entortillée appliquée au bec-de-lièvre. Personne n'ignore les attaques auxquelles elle a été en butte de la part de Pibrac et de Louis. Si ces chirurgiens célèbres ne sont point parvenus à l'écarter de la pratique, c'est qu'ils n'ont su proposer pour la remplacer qu'un moyen encore plus infidèle. Les tentatives qu'on a faites à diverses époques pour perfectionner cette suture prouvent d'ailleurs qu'on n'en était pas satisfait. C'est ainsi que J. L. Petit proposa ses épingles flexibles pour éviter la traction produite sur les tissus par les épingles rigides, que M. le professeur P. Dubois a eu l'idée de desserrer les fils au début de la période de gonflement, pour prévenir l'étranglement des chairs, tandis que Bonfils (de Nancy), avouant, par le fait, la défiance que lui inspirait la suture entortillée, a cru devoir en assurer le succès, sur les enfants naissants, en confiant aux mains d'aides intelligents le soin de maintenir en contact les bords de la plaie, jusqu'à ce que la cicatrice fût suffisamment solide. Mais ce modifications, tout ingénieuses qu'elles soient, ne sont encore que des palliatifs d'une méthode défectueuse. Les épingles, pour agir alors un peu moins vite, n'en coupent pas moins les tissus.

Ainsi, ce n'est pas sans des motifs graves que je m'élève aujourd'hui contre l'emploi, dans le traitement du bec-de-lièvre, d'un moyen qui ne méritait point la faveur dont il a joui pendant des siècles, et que je milite pour lui substituer un autre procédé de suture, vulgaire sans doute, mais aussi efficace qu'il est simple, et que jusqu'ici on n'avait point songé à appliquer à la restauration de cette difformité.

J'ose espérer que les faits que j'ai consignés dans ce travail justifieront mon entreprise. G. Mirault.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Remarques à propos de la valeur du sirop de lactucarium.

Le petit nombre de faits cliniques publiés à l'appui de la valeur du lactucarium nous a engagé à rassembler dans le Bulletin des hôpitaux de notre numéro du 15 décembre dernier (t. LI, page 412) une série d'observations recueillies dans le service de l'un de nos honorables collaborateurs, M. Marotte. Nos lecteurs se trouvaient ainsi éclairés par des faits sur le degré d'importance de la substitution, proposée par M. Aubergier, du lactucarium en place de la thridace, que l'expérience avait démontré n'être qu'une préparation inerte. Tout en laissant les praticiens tirer leurs conclusions des documents que nous placions sous leurs yeux, et parce que ces conclusions devaient être en faveur du lactucarium, nous avons cru devoir émettre quelques réserves à l'égard de la valeur du sirop, seule forme sous laquelle nous voyons prescrire le nouvel agent. Ces réserves ont paru exagérées au savant chimiste auquel nous devons le lactucarium ; avant de produire le motif qui nous les a dictées, nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs les remarques que nous adresse M. Aubergier. Voici sa lettre :

« Je viens de lire un peu tardivement les observations cliniques fort intéressantes et fort instructives sur l'emploi du lactucarium que vous avez publiées. Je regrette que ces observations aient été précédées et suivies de réflexions sur la valeur de ce médicament, qui m'ont paru en contradiction complète avec les faits que vous avez reproduits. Déjà vous avez inséré un premier article, émettant sur le même sujet des idées tout à fait contraires à celles qu'une longue expérience m'a permis de me former. Je recherche si peu les occasions d'appeler l'attention sur mes travaux, que je me suis abstenu d'y répondre. Cependant ma réserve ne doit pas aller jusqu'à laisser s'accréditer, grâce à l'autorité de votre journal, des opinions que je puis démontrer ne pas être fondées, en m'appuyant uniquement sur les faits que je trouve dans vos colonnes. J'ai une trop haute idée de votre impartialité personnelle pour ne pas être convaincu que vous serez le premier à désirer qu'elles soient rectifiées.

« Lorsque je me suis occupé d'obtenir en grand le lactucarium, je me proposais de remplacer l'extrait de laitue, employé sous le nom de thridace et reconnu tout à fait inerte, par le suc laiteux obtenu par incisions : ce suc avait été expérimenté sous le nom de lactuca-

rium par de nombreux observateurs, qui tous avaient signalé ses propriétés calmantes avec une sorte d'enthousiasme. Il m'avait semblé que, même en faisant la part de l'exagération, assez ordinaire chez les auteurs d'une découverte, un produit auquel on avait attribué de telles propriétés ne devait pas être complétement sans utilité, et qu'il pouvait y avoir intérêt à le mettre à la disposition des praticiens. Telles sont les considérations qui m'ont amené à chercher la solution de ce problème. Les premières expériences qui ont été faites à ma demande sur le produit que j'ai obtenu ont confirmé mes espérances. Mais je dois dire que, de toutes les observations qui m'ont été communiquées, il n'en est pas qui soient plus favorables au lactucarium que celles que vous avez publiées, qui prouvent mieux que ce médicament doit prendre une place utile dans la matière médicale.

« Pour qu'il en soit ainsi, il ne me semble pas nécessaire que le lactucarium soit doué de propriétés aussi énergiques que l'opium; car alors il aurait comme lui les inconvénients de sa puissance; si je ne me trompe, il suffit que l'action de ce nouvel agent soit manifeste, incontestable, quelque faible qu'elle puisse être; cette faiblesse relative est même à mes yeux un avantage réel, parce qu'elle permet de graduer l'emploi des narcotiques, en commençant par recourir au médicament le plus faible, le lactucarium, en s'y arrêtant s'il suffit, pour passer ensuite à l'opium, si l'emploi d'un agent plus actif est reconnu nécessaire. Rien ne prouve mieux que les faits recueillis à l'hôpital Sainte-Marguerite, et publiés par vous, que le lactucarium satisfait à toutes ces conditions.

« En effet, sur les seize observations que vous avez rapportées, il en est deux seulement dans lesquelles le lactucarium s'est montré absolument sans action. Dans les quatorze autres son action a été plus ou moins marquée, mais toujours sensible. Ce qui m'a surtout frappé dans ces observations, c'est qu'elles établissent comme l'avaient annoncé, bien avant que je m'occupasse de ce produit, Coxe Scudamore, Anderson, Duncan, en Amérique et en Angleterre, Bidault de Villiers et François, en France, que le lactucarium agit même sur des malades accoutumés à l'usage de l'opium; qu'ainsi il a déterminé le sommeil d'une manière durable chez une femme atteinte d'un cancer et qui avait pris précédemment des pilules d'extrait thébaïque (Obs. XV); que lorsque le lactucarium, après avoir longtemps produit un effet utile, est devenu impuissant, le malade étant sur le point de succomber, l'opium ne réussit pas mieux (Obs. XIV); que des malades, qui avaient éprouvé un soulagement marqué sous

l'influence du lactucarium, n'en avaient éprouvé aucun sous l'influence de l'opium, à tel point que le lactucarium était redemandé avec instance (Obs. XII) ; que dans les convalescences de fièvre typhoïde rendues plus pénibles par la privation de sommeil, le sommeil est si bien revenu sous l'influence du lactucarium, qu'une des malades auxquelles il a été administré a dit avoir mieux dormi dès le premier jour qu'elle n'avait fait depuis deux mois, et qu'au bout de très-peu de temps le lactucarium a pu être remplacé par des pilules de mie de pain, sans que l'insomnie ait reparu (Obs. VII et XI) ; qu'enfin ce médicament agit (il n'est pas une de vos observations qui ne le constate), sans nausées, sans céphalalgie, sans rêves, sans la moindre pesanteur de tête ; qu'il laisse, en un mot, après lui si peu de traces de son action que vos malades vous disent, je cite textuellement, non-seulement qu'ils ont bien dormi, mais encore qu'ils ne sont pas aussi engourdis le matin que lorsqu'ils ont pris des pilules d'opium (Obs. XIV).

« Il ne me semble pas qu'à moins de parti pris on puisse considérer un médicament qui produit de tels effets comme un médicament qui ne mérite pas l'attention dont il est l'objet.

« Quant au sirop, je reconnais avec vous que si l'on veut administrer le lactucarium à haute dose, ce n'est point la forme à laquelle il faut recourir. Mais je suis loin d'admettre qu'il faille employer ce sirop à aussi haute dose que vous le dites, pour produire un effet utile. D'ailleurs on n'administre pas toujours le lactucarium dans le seul but de ramener le sommeil. On met souvent à profit ses propriétés pour calmer la toux ou certains états nerveux, sans avoir besoin pour cela de l'administrer à dose somnifère.

« M. Bertrand, directeur de l'École de médecine de Clermont, a si bien caractérisé l'emploi du lactucarium dans la note où il a résumé ses observations, il a précisé avec tant de justesse les limites dans lesquelles il s'exerce, que tout ce qu'il a dit à ce sujet a été confirmé par tous les faits recueillis depuis, par ceux observés dans les services de MM. Serres et Magendie, comme par ceux que vous venez de publier. Eh bien! c'est une observation faite par M. Bertrand qui a servi de règle pour la proportion à adopter dans la formule du sirop. Cet éminent observateur rapporte que le lactucarium, administré à la dose de 30 centigrammes par jour, administré en trois fois, le matin, à midi et le soir, dans un cas bien déterminé de phthisie pulmonaire, avait calmé d'une manière complète et durable une toux fréquente, profonde, convulsive, empêchant tout sommeil, et usant ainsi avec une double rapidité les forces du ma-

lade. La formule du sirop a été calculée précisément de manière à ce qu'une cuillerée contienne tous les principes solubles de la dose de lactucarium qui a produit l'effet indiqué par M. Bertrand. Vous reconnaissez qu'il y eût eu inconvénient à dépasser cette dose; vous reconnaîtrez aussi, je l'espère, toute la valeur de la considération qui l'a fait adopter. Il ne faut pas perdre de vue, d'ailleurs, que le principe actif du lactucarium étant peu très-soluble, et ne pouvant être enlevé à la matière résineuse qui l'accompagne que par l'action de l'eau bouillante plusieurs fois répétée, il y a chance pour que l'extrait qui se trouve en dissolution dans le sirop agisse d'une manière plus prompte et plus efficace que lorsqu'on l'administre sous forme pilulaire. Une moindre dose sous forme de sirop doit produire plus d'effet qu'une plus forte en pilules, lorsqu'on ne laisse qu'aux sucs de l'appareil digestif le soin de remplacer l'action de l'eau bouillante pour la dissoudre.

« Il faut bien aussi tenir compte de la différence que présente l'impressionnabilité des malades qu'on traite dans les hôpitaux et de ceux de la pratique civile, de la difficulté que beaucoup de personnes et surtout les enfants éprouvent à avaler des pilules. De là des motifs de préférence pour une forme plutôt que pour une autre. Malgré ces observations, je suis tout disposé à reconnaître que c'est par des expériences cliniques comparatives qu'il appartient de juger la valeur relative des diverses préparations du lactucarium. Il serait aussi à désirer que le sirop de lactucarium fût comparé, dans ces expériences, au sirop de thridace, qu'il est surtout destiné à remplacer. Si l'intérêt de ces recherches pouvait tenter un de vos collaborateurs, je m'empresserais de mettre à sa disposition telle quantité de lactucarium qui pourrait lui être nécessaire. Je me permettrai seulement d'insister pour que le sirop soit préparé en suivant exactement la formule que j'ai proposée, et qui a été adoptée par l'Académie de médecine à la presque unanimité. Les modifications qui ont été indiquées ne m'ont pas paru heureuses, et j'aurais tout lieu de craindre que le sirop préparé, en en tenant compte, ne justifiât par trop la critique que vous avez faite de cette préparation. Ce ne serait pas la première fois, du reste, qu'une mauvaise manière d'opérer aurait compromis sa réputation. » « H. Aubergier. »

Les réflexions de M. Aubergier ne détruisent pas, nous le croyons du moins, les réserves que nous avons cru devoir émettre à propos de la valeur du sirop de lactucarium; pour les légitimer, il nous suffira de faire remarquer à ce savant chimiste qu'il n'a pas jusqu'ici

fourni la preuve d'un fait important. M. Aubergier fait bien entrer dans la formule de son sirop la quantité d'extrait de lactucarium nécessaire pour que chaque cuillerée (20 gr.) contienne 10 centigrammes de lactucarium; mais comme il fait intervenir dans sa préparation de l'albumine, et que cette substance possède la propriété de précipiter la matière résineuse du lactucarium, et de dépouiller le sirop de son amertume, nous nous sommes demandé si l'albumine n'enlevait pas en même temps une certaine portion des principes actifs de l'agent médicamenteux. M. Aubergier ne le pense pas, puisque les principes actifs sont solubles dans l'eau bouillante; mais, en thérapeutique, les jugements doivent se baser seulement sur les faits. Comme le savant chimiste n'avait pas fourni de preuves cliniques à l'appui de son assertion, et que des observations que nous insérions ressortait seulement la valeur de l'extrait alcoolique du lactucarium, nous aurions dépassé les données des expérimentations tentées par M. Marotte, si nous avions appliqué au *sirop* les conclusions qu'on devait tirer des essais du lactucarium. M. Aubergier le reconnaît, puisqu'il dit : « C'est par des expériences cliniques comparatives qu'il appartient de juger la valeur des diverses préparations du lactucarium. » Nous n'avons jamais prétendu autre chose.

DEBOUT.

Observation médicale et pharmaceutique sur le sous-nitrate de bismuth.

Aujourd'hui le sous-nitrate de bismuth joue un rôle si important en médecine, que nous avons cru devoir chercher les modifications chimiques qu'il éprouve en traversant le tube digestif ; nous avons reconnu que rarement on retrouve ce sel dans les matières fécales au même état dans lequel il a été administré; les causes en sont dues non-seulement aux réactions chimiques qu'il subit dans l'estomac, mais surtout à la manière dont ce médicament est préparé. C'est qu'en effet les fabricants de produits chimiques ne délivrent jamais au commerce le sous-nitrate de bismuth parfaitement lavé; presque toujours il contient un excès d'acide azotique et un azotate soluble. On peut s'en assurer de la manière suivante :

On triture dans un mortier 100 grammes de sous-nitrate de bismuth avec le double de son poids d'eau distillée bouillante; lorsque le mélange est froid, on le filtre au papier; la colature qui en résulte a une saveur styptique; elle rougit fortement le papier de tournesol.

Si l'on désire déterminer d'une manière précise la quantité de sel

soluble que contient ce sous-nitrate, il faut le laver à l'eau chaude jusqu'à ce que le liquide filtre insipide, et sans action sur le papier réactif; on évapore ce liquide dans une capsule de porcelaine, jusqu'à réduction du tiers de son volume; lorsqu'il est froid, on y ajoute une dissolution de sous-carbonate de potasse, et en suffisante quantité pour qu'il n'y ait plus de dégagement d'acide carbonique, et que le papier de tournesol qu'on y plonge en sorte sans altération.

Au moment du mélange des deux liquides, la liqueur se trouble; la potasse, comme on le prévoit, s'empare de l'acide nitrique pour former un nitrate soluble et un oxyde de bismuth insoluble, qu'on sépare par la filtration et le lavage.

Il résulte de cette expérience que le poids de l'oxyde de bismuth obtenu, et celui du sous-carbonate de potasse employé, permettent de déterminer les quantités d'acide azotique en excès, et d'azotate soluble, qui sont contenus dans un sous-nitrate de bismuth.

1° Pour être un bon agent thérapeutique, le sous-nitrate de bismuth doit-il être chimiquement pur?

2° Doit-on laisser à ce sel un excès d'acide azotique et un azotate soluble?

3° Est-ce à cause de la présence des corps ci-dessus que le sous-nitrate de bismuth est considéré par certains praticiens comme un très-bon médicament, que d'autres praticiens, au contraire, lui préfèrent le carbonate de la même base?

Telles sont les questions qu'il nous semble curieux de décider; les médecins seuls peuvent les résoudre. STAN. MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De la guérison de la blennorrhagie chez l'homme en un ou deux jours.

Principiis obsta, serò medicina paratur!... Maxime toujours vraie et non toujours suivie, en raison de l'ignorance où est le médecin du diagnostic certain de la maladie, et du peu d'importance qu'il attache aux premiers symptômes légers en apparence. Combien de fois, par l'oubli de cet axiome, des affections légères sont devenues graves, mortelles même, parce qu'elles n'ont pas été combattues dès leur début, et que les ressources de l'art ont été appliquées seulement lorsqu'elles devaient être impuissantes.

Parmi les affections, sinon graves, du moins ennuyeuses et pénibles, et dont les malades ont hâte de se débarrasser, il n'en est pas

de plus fréquente que la blennorrhagie. Mal traitée dans le principe, elle finit souvent par se changer en véritable infirmité, parfois même peut entraîner à la longue des accidents sérieux, affecter d'une manière fâcheuse le moral du malade et souvent nuire à sa position sociale.

Il est donc nécessaire que le médecin donne des soins aussi assidus et sévères à cette affection, que s'il s'agissait d'une maladie pouvant dégénérer en infirmité physique et morale. Les exemples fâcheux que nous avons observés nous permettent d'insister sur ces préceptes. Et rien de plus facile que d'enrayer et guérir la blennorrhagie, quand on peut obtenir du malade un jour de repos et la rigoureuse observance du traitement suivant, qui nous a constamment réussi. Ce traitement est très-simple et n'a rien de nouveau quant aux médicaments, mais il est remarquable par les résultats heureux que nous en obtenons.

Nous avons déjà dit, dans cet excellent recueil, que le médecin ne doit pas se borner, même dans les maladies légères, à l'emploi d'un seul médicament, mais employer simultanément plusieurs succédanés. C'est encore la méthode que nous suivons dans le traitement de la blennorrhagie, en employant en même temps les deux médicaments généralement usités, le copahu et le cubèbe. Il est vrai de dire que le copahu réussit presque toujours dès le premier jour, et que ce n'est que dans quelques cas rares que nous avons eu recours aussi au cubèbe.

Voici en quelques lignes notre méthode de traitement, que l'écoulement date de un ou de plusieurs jours. Nous faisons prendre en une seule dose 20 à 25 grammes de baume de copahu. Pour masquer le goût du médicament, nous le faisons mélanger avec de la gelée de groseilles, additionnée d'une goutte d'essence de menthe, etc. Nous conseillons de se rincer la bouche avec de l'eau-de-vie, d'en avaler même quelques gouttes. Ces précautions sont indispensables pour les estomacs faibles et délicats. Le malade fait ensuite usage de bouillon froid et de limonade gazeuse. En même temps, nous ordonnons des bains et des injections d'eau de mauve et de pavot, et d'huile d'amandes douces, répétées trois à quatre fois chaque heure. Au bout de quatre à six heures, dès qu'il y a eu cinq à six selles, l'inflammation et l'écoulement ont diminué des trois quarts. Si la première dose de copahu n'a pas eu d'effet laxatif, nous en faisons reprendre, cinq à six heures après, une seconde de 15 à 20 grammes. Et si, cinq à six heures après, l'écoulement et l'inflammation n'ont pas à peu près disparu, nous associons le cubèbe. Mais ces cas sont très-rares.

Chez les malades dont l'estomac ne peut supporter le copahu et le rejette, nous le prescrivons en lavement, à la dose de 50 à 60 gr. Cependant les malades, dans le désir de guérir au plus tôt, s'arment d'assez de courage pour vaincre le dégoût du remède et empêcher le vomissement. Pour le faire digérer le plus promptement, le malade prend, chaque quart d'heure, trois à quatre pastilles de Vichy à la menthe.

Au bout de douze à quinze heures de ce traitement si simple, mais qui exige du malade un repos absolu et des soins continus, l'écoulement et l'inflammation ont à peu près disparu. Contre l'éréthisme du canal et les érections, on ajoute 5 centigrammes d'extrait de belladone dans chaque injection d'eau de mauve et de pavot, et on fait plusieurs applications d'une pommade composée de : camphre, 1 gramme, extrait de belladone, 6.

Dans le cas d'inflammation très-douloureuse, on applique huit à dix sangsues le long du canal. Après huit à douze heures, quand il n'y a presque plus trace d'inflammation de la muqueuse et que l'écoulement est presque arrêté, nous arrivons aux injections astringentes répétées chaque heure. Lors même que la guérison serait complète, nous en faisons continuer l'usage cinq à six jours après. Nous les prescrivons dès que la matière de l'écoulement est devenue claire et blanchâtre, c'est-à-dire a perdu tout caractère spécifique. Voici nos formules : 1° acétate de plomb cristallisé, 2 à 3 décigrammes pour 200 d'eau de roses; souvent nous remplaçons 1 décigramme d'acétate par un autre de sulfate de zinc; 2° tannin, 2 à 3 décigrammes pour 200 d'eau. Ces injections sont faites alternativement dans les vingt-quatre heures, cinq à six de chaque. Quoique très-faibles, elles réussissent dès le premier jour. Le lendemain, pour fortifier le canal, nous employons celles de quinquina et de rathania, dont nous avons déjà parlé dans ce recueil. Nous avons dit aussi que pour guérir la blennorrhagie chronique, nous rappellions d'abord l'état aigu à l'aide d'injections stimulantes, et qu'après un jour d'écoulement nous ordonnions le traitement précité. Il va sans dire que le traitement dans ce cas doit durer quelques jours.

Tel est le traitement, aussi simple que méthodique, que nous avons suivi avec des succès constants dans de certains cas de blennorrhagie; ces succès nous autorisent à le soumettre à l'expérience de nos confrères qui, comme nous, n'auront qu'à s'en applaudir.

Paris,
D.-M., à Gray.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de pathologie générale, par M. Ed. Monneret, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker.

Si le traité de pathologie générale, que publie aujourd'hui M. Monneret, était le développement d'une idée originale conçue *a priori*, ou plus simplement et plus sûrement déduite d'une série de faits patiemment médités, sans trop nous informer de la genèse de cette idée, nous la soumettrions à la coupelle de la raison et de l'expérience, et nous nous efforcerions d'en déterminer la valeur, d'en apprécier la vérité. Plus modeste, et plus prudent tout à la fois, le savant agrégé de la Faculté de médecine n'a voulu rien de plus, en publiant l'ouvrage dont nous nous occupons en ce moment, que résumer, dans un tableau succinct, les vérités partielles qui, à l'heure qu'il est de la science, composent la fortune intellectuelle de la médecine. Bien que beaucoup plus modeste, nous le répétons, une telle tentative révèle déjà, dans l'homme qui l'a conçue, une ambition d'esprit peu commune : si nous ajoutons tout de suite qu'en se dévouant à un si rude labeur M. Monneret n'a pas été mû seulement par le désir de mettre en plus vive lumière la vérité médicale, mais que, par une sorte de piété envers la science, il a voulu concourir aussi par là à rendre à celle-ci une partie au moins de la dignité qu'elle a perdue, nous aurons tout d'abord prévenu en faveur du nouveau Traité de pathologie tous ceux qui, parmi nous, pensent, et ont conservé quelque souci de la dignité de la plus noble des sciences.

Mais par cela même que M. Monneret a suivi cette voie pour atteindre le but élevé qu'il poursuit, pour dégager la vérité du chaos, qu'une multitude d'observateurs sans discipline, et souvent sans vocation, ont créé en accumulant les faits sur le terrain de la science, nous avons le droit, et ce nous est tout ensemble un devoir, de lui demander quel *criterium* l'a dirigé dans cette pénible énucléation, dans ce laborieux éclectisme. Dans le savant avant-propos, comme dans les prolégomènes qui précèdent son ouvrage, le médecin de l'hôpital Necker se pose nettement comme disciple pur de Bacon : il y a même çà et là, dans ces préliminaires, un certain nombre de pages émues, où l'illustre chancelier d'Angleterre est encensé, comme le Jéhovah de la genèse de la science. Nul n'estime plus que nous les services que la méthode expérimentale a rendus

à la science dans le passé, et nul, plus que nous, n'espère autant d'elle dans l'avenir; nous ne redirons pas encore sur ce point ce que nous avons déjà tant de fois répété : mais l'observation est-elle toute dans la science? Mais le raisonnement *a posteriori*, ou l'induction, constituent-ils toute la fonction de l'intelligence dans l'élaboration de la science, dans l'élaboration des sciences ? Nous ne le croyons pas, et M. Monneret lui-même, quoi qu'il en dise, ne le croit pas davantage. Ce qui prouve que le savant auteur du Compendium de médecine pratique est notre complice dans cette hérésie, c'est que d'abord il a écrit ce Compendium, et qu'aujourd'hui, comme il y a quinze ans, dans le livre nouveau, comme dans le livre ancien, l'auteur cherche la vérité par-dessus la tête de Bacon, bien au delà de Bacon, et qu'il n'est pas éloigné de croire, par exemple, que la plupart de nos découvertes modernes sont en germe dans Galien, quand on ne les y trouve pas déjà toutes faites. Au reste M. Monneret est un esprit trop droit pour vouloir emmaillotter la science dans la méthode de l'observation pure; il sait qu'en suivant cette voie, on fait des additions, et rien de plus, et il fait une part plus libérale à l'intelligence dans l'élaboration de la médecine; il veut non-seulement qu'on observe, mais en même temps que l'on raisonne, parce que la vérité se pense et ne se touche pas.

Puisqu'avant d'exposer sommairement le plan de l'ouvrage du médecin de Necker, nous avons, par scrupule d'indépendance, indiqué tout d'abord un point capital, où l'esprit de l'auteur ne saisit qu'incomplétement la vérité, bien que celle-ci, comme à son insu, le dirige toujours sûrement, nous ajouterons de suite à ces remarques une remarque qui se rattache également à la philosophie de la science, et qui s'applique naturellement à un traité de pathologie générale.

Dans l'intention, fort sage d'ailleurs, d'empêcher à l'avenir la médecine de s'égarer dans la voie périlleuse où nous la montre plus d'une fois l'histoire de la science, M. Monneret veut que l'on s'interdise absolument toute recherche qui a pour but de dévoiler la nature des maladies : n'est-ce point là une prudence excessive, et n'est-ce pas méconnaître et amoindrir, autant qu'il est en soi, l'intelligence humaine, que de poser ainsi des bornes à son activité ? « De même, dit-il, qu'on ne doit plus remonter dans les sciences physiques au delà du fait, principe fourni par l'expérimentateur, de même, en pathologie, il est utile de ne pas dépasser le fait évident, pour courir après l'essence de la maladie, ou la cause première, comme on le disait anciennement. C'est pour avoir abandonné la

méthode expérimentale, que l'on a attribué la maladie, tantôt à un principe inconnu, à l'âme, à l'archée, au pneuma, tantôt aux quatre humeurs, aux quatre éléments, à un principe acide ou âcre; plus tard, à la surabondance de l'électricité, du calorique, à la fermentation, etc. » Tout cela est vrai, parfaitement vrai; mais ce qui ne l'est pas moins, c'est l'instinct invincible, qui porte l'intelligence humaine à aller au delà du phénomène pour connaître, pour satisfaire ce besoin de vérité qui fait le fond de sa nature, comme il fait sa grandeur. A lutter contre un tel instinct, on perd son temps et sa peine; et parmi ceux-là même qui, comme M. Monneret, ont senti la nécessité de tempérer ces fougues de l'esprit qui l'emportent au-delà des faits pour en saisir la cause, il ne nous serait pas difficile d'en citer plus d'un qui, au premier pas qu'ils ont fait dans le champ de la science, ont enfreint la loi qu'ils avaient tout d'abord édictée; c'est que, dans les hommes forts, la nature est plus forte que tous les systèmes, et brise les entraves qu'elle s'était elle-même imposées. Voyez Barthez, dont M. Monneret lui-même admire la sagesse philosophique, est-ce qu'il s'arrête à l'étude des successions phénoménales? Non; bientôt l'étude de ces simples rapports de succession devient insuffisante à satisfaire son insatiable avidité de savoir, et il fait de l'ontologie, et il pose le principe vital, distinct de toutes les forces cosmiques, immanentes dans l'organisme ou hors de lui, comme point de départ nécessaire de tout acte physiologique ou anormal. Ce besoin de connaître autre chose que des faits et des successions de faits est tellement dans la constitution de l'esprit humain, que bien au-dessous de cette région où planait Barthez, dans cette région moyenne où nous nous trouvons tous, tout ce qui pense sent vivre en soi le même instinct, qui ne semble s'éteindre que parce qu'il s'endort dans son impuissance. En voulez-vous une preuve plus sensible que ce que nous venons de dire, et où vous ne verrez qu'une spéculation psychologique? L'art a presque complétement atteint son but dans les fièvres intermittentes; nous en savons la source, nous en connaissons parfaitement l'histoire symptomatologique, la thérapeutique propre à les combattre est à la main de tous : eh bien ! qui de nous n'aspire pas encore à une science plus complète sur ce point? Nous guérissons, mais nous ne savons pas. Cette prudence de l'esprit dans l'étude des choses de la vie, qu'avec tant de raison M. Monneret recommande, c'est encore l'amour de la science qui la lui inspire : l'impatience de l'erreur, c'est encore l'amour de la vérité. En médecine, comme en philosophie, comme en politique, sachons faire crédit à l'avenir, mais ne mutilons pas

l'homme, de peur qu'il ne s'égare : la chasteté d'Origène n'était pas de la chasteté.

Je ne sais quel Harmattan invisible a soufflé sur ma pensée, et m'a entraîné dans une direction que j'eusse voulu éviter, et où les plus vaillantes intelligences s'égarent : n'importe, ce qui est écrit est écrit ; maintenant, redevenu simple mortel, nous allons exposer au moins sommairement le plan du très-beau livre du savant médecin de Necker, non toutefois sans lui avoir humblement demandé pardon d'avoir ainsi flâné le long du chemin qui nous conduisait à lui.

L'ensemble des idées, ou, pour parler un langage plus orthodoxe, des faits généraux, que M. Monneret se propose de développer dans son Traité de pathologie générale, il les exposera sous les trois rubriques suivantes : la maladie et les maladies, le malade, le médecin. Un mot seulement sur ces deux dernières parties, qui ne sont pas comprises dans les deux volumes que nous avons sous les yeux, mais que l'auteur se propose de publier plus tard. L'étude du malade, pense avec raison le médecin habile de l'hôpital Necker, est une source d'indications spéciales que ne donnent pas, que ne sauraient donner ces notions générales qui se rattachent à la maladie. Ces indications essentielles à toute thérapeutique appliquée, le médecin doit les demander aux états statiques et dynamiques du corps, à la race, à l'âge, au sexe, à la constitution, aux diathèses, à l'hérédité, aux prédispositions, aux maladies antérieures, à la profession, etc. Quant à ce qui est du troisième terme de cette trilogie, pour parler le langage de l'auteur, ou le médecin, c'est ici, suivant nous, que M. Monneret sortira complétement des sentiers battus, s'il va au fond des questions que soulève un si beau sujet, s'il les traite vigoureusement, si surtout il y apporte une grande indépendance et d'esprit et de caractère. M. Chomel, dans la quatrième édition de ses Éléments de pathologie générale qu'il vient de publier, paraît avoir un peu senti la lacune qui existait sur ce point dans ses leçons précédentes ; il dit un mot de la médecine morale, des qualités que celle-ci exige du médecin ; il eût pu être plus complet sur ce point, si un grand et puissant seigneur comme lui daignait lire ce qui sort quelquefois de la plume de la vile multitude. Dans tous les cas, il n'a fait que rendre la lacune plus visible, et nous espérons bien que M. Monneret, qui la comprend, la remplira. En attendant, que M. Monneret satisfasse la juste impatience du public médical, auquel il annonce ainsi à l'avance la solution de questions qui seront à l'ordre du jour, tant qu'elles n'auront pas été résolues, il publie la première partie de l'ouvrage considérable qu'il a conçu, et qui

a trait à la maladie, et aux maladies considérées d'une manière abstraite : ce qui, à vrai dire, constitue toute la pathologie générale pour les médecins, qui, tous les jours, nous cuisinent une petite médecine pour leurs petits malades, avec le scalpel, le microscope, le plessimètre, et tout le bagage de M. Piorry, y compris quelques-uns des mots les plus chinois de sa nomenclature grecque. En traitant, dans ces deux volumes, de la maladie et des maladies, M. Monneret embrasse donc à peu près tout ce qui constitue d'ordinaire toute la pathologie générale. C'est ainsi qu'après avoir étudié la maladie dans ses lésions, dans ses phénomènes, dans sa nature, dans ses causes, etc., il abstrait, dans une seconde étude non moins féconde, ce qui est commun à tous les états morbides, telles que les périodes, les mutations, les connivences pathologiques, les transformations, les terminaisons; puis enfin, ce cycle immense de la maladie parcouru, il résume l'histoire générale des principaux groupes nosologiques considérés comme éléments des autres maladies.

Il nous est impossible ici de suivre l'auteur dans cette circumnavigation autour de la science tout entière; qu'il nous suffise de dire que, pilote habile, s'il ne découvre pas des terres nouvelles, il a au moins l'immense mérite, d'abord de dresser la carte exacte de ce qui est connu, et ensuite le mérite non moins grand de signaler çà et là les écueils qu'il faut éviter pour arriver à la terre promise. Nous avons fait nos réserves sur ce point, nous n'y reviendrons pas, et dans l'état actuel des esprits, dans l'atmosphère lourde où nous vivons, avec nos préoccupations de vivre plutôt que de penser, la circonspection du médecin de l'hôpital Necker est juste au diapason de nos forces.

Nous ne voulons pas cependant terminer cet article, dans lequel les pages s'ajoutent aux pages, presque sans que nous y pensions, tant l'amour sincère de M. Monneret pour la science nous gagne nous-même et nous entraîne, sans donner au moins un court spécimen de la manière de l'auteur, en détachant une question du vaste ensemble de son remarquable ouvrage : choisissons au hasard, prenons les pyrexies, par exemple. « Jusqu'ici, dit M. Monneret, tous les efforts tentés par les solidistes et les humoristes n'ont pu réussir à effacer les fièvres du nombre des maladies essentielles. Broussais, suivant la route tracée par Chirac, Pinel et Prost, n'a pu les faire disparaître ; elles restent solidement établies sur les bases que leur a données l'antiquité, et semblent s'élever encore plus haut, plus inattaquables que jamais, au milieu des doctrines ruinées qui les environnent de toutes parts. L'essentialité des fièvres, si rude-

ment controversée depuis cinquante ans, quoiqu'un peu restreinte par les découvertes faites en anatomie pathologique, est acceptée par les meilleurs esprits. Ils se plaisent à reconnaître, avec Galien que, la cause d'un assez grand nombre de fièvres étant inconnue, il faut les conserver à titre provisoire, sous le nom de fièvres essentielles. Ce provisoire ne paraît pas près de finir. » Cette profession de foi, si nette et si explicite, qui eût donné une attaque d'épilepsie au Jupiter tonnant de la rue Saint-Jacques, est aujourd'hui l'écho de la pensée de tous, moins un peut-être, que nous ne citerons pas, de peur d'agacer ses nerfs. En étudiant, au point de vue général, ce groupe nosologique parfaitement défini, M. Monneret montre admirablement que, malgré la diversité des nombreuses déterminations qui caractérisent anatomiquement chacune des individualités des pyrexies, il y a, dans la manière dont y réagissent les grands appareils de la vie, tels que l'appareil circulatoire et les systèmes nerveux, comme dans le choc qu'en reçoit d'emblée la force qui se cache derrière ses appareils, pour leur imprimer le mouvement et la vie, un lien, un rapport, une analogie qui ne laisse pas de doute sur la légitimité de la conception qui les rapproche et les assimile. Il en est de même encore des congestions variées qu'elles entraînent à leur suite, de l'immunité qu'elles apportent souvent à l'organisme qui en a été une fois atteint ; il en est de même surtout de l'action qu'elles exercent toutes sur un des grands facteurs de la vie, le sang. Dans l'opinion de M. Monneret, le point de départ de cette perturbation pathologique une et diverse, c'est le système nerveux, mais le système nerveux modifié dans sa vie intime, dans ses sympathies normales avec l'ensemble des choses au milieu desquelles l'organisme naît, vit et meurt, par le fluide sanguin, dont une cause jusqu'ici inconnue altère très-probablement la composition intime. Barthez, frappé de l'atteinte profonde que reçoit d'emblée l'organisme dans les pyrexies graves, voulait que les forces soient immédiatement frappées par la cause, quelle qu'elle soit, de ces pyrexies. Nous l'avouons, nous ne comprenons pas bien comment aurait lieu cette atteinte directe, *tangere nec tangi nisi corpus nulla potest res* : cet axiome de Lucrèce, nous l'acceptons complétement en pathologie, et, comme M. Monneret, nous pensons que probablement c'est dans le sang que la maladie naît, c'est de là qu'elle se propage et envahit tout l'organisme vivant.

Nous nous arrêterons ici ; comme nous l'avons dit, nous avons voulu donner au moins un spécimen de la manière de l'auteur. Ce sentiment vrai des choses de la vie pathologique, que montre en

M. Monneret cette discussion capitale, ne l'abandonne presque jamais. Il nous serait facile de le prouver, si nous pouvions le suivre dans la remarquable monographie de l'inflammation que contient son livre, comme dans son exposé lumineux des états généraux, des diathèses, etc., etc. Là, le médecin de l'hôpital Necker arrive partout à la vérité, à force de bon sens.

M. Monneret, dans le dernier concours muet pour une chaire à la Faculté de médecine de Paris, a fortement balancé les chances d'un compétiteur plus heureux ; vienne une autre vacance, et nous osons lui prédire qu'il atteindra enfin le noble but de sa légitime ambition ; ce nouveau livre, plus encore que ses aînés, le prouve.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Cas de mort pendant la durée des inhalations de l'amylène. — Les expérimentations se poursuivent avec le nouvel agent anesthésique dans toutes les cliniques importantes. La Revue thérapeutique de Montpellier nous rend compte des essais tentés à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi par M. le professeur Bouisson. Le Journal de médecine de Bruxelles donne les résultats obtenus à l'hôpital Saint-Jean par M. Henriette ; ces faits n'ajoutent aucun enseignement nouveau aux conclusions que nous avons publiées. Il n'en est pas de même des journaux anglais ; nous trouvons dans le numéro du 18 avril du Medical-Times la mention d'un cas de mort pendant la durée des inhalations de l'amylène administrées par M. Snow lui-même. Ce fait est trop grave pour que nous ne rapportions pas en entier le récit qu'en fait notre confrère :

« Le 7 avril dernier, dit M. Snow, M. Fergusson me pria de l'assister dans une opération qu'il devait pratiquer sur un gentleman atteint de fistule à l'anus. Le malade, âgé de trente-trois ans, jouissait d'ailleurs d'une bonne santé. M. Fergusson l'avait ausculté la veille, et avait trouvé les bruits du cœur parfaitement normaux. Moi-même, avant de commencer l'inhalation, j'explorai le pouls, qui était naturel, quoique un peu accéléré, comme cela arrive ordinairement avant les opérations. Je versai dans l'appareil environ 15 grammes d'amylène, et le malade, couché sur le côté, commença à respirer doucement et avec confiance. L'opercule fut poussé graduellement jusqu'au point de couvrir les trois quarts de l'ouverture du masque, et au bout d'environ deux minutes le malade parut privé de connaissance. A ce moment, il fit quelques inspirations plus rapides, mais il resta du reste parfaitement calme. Aussitôt, M. Fergusson examina le pouls et le trouva très-bon ; je répétai cette exploration avec le même résultat. Je regardai à ma montre : deux minutes et trente à quarante secondes s'étaient écoulées depuis le début de

l'inhalation, M. Fergusson introduisit alors la sonde dans la fistule, et voyant que le malade ne bougeait pas, il commença à se servir du bistouri. Cela ne provoqua aucun mouvement, mais les membres se roidirent. Je jetai les yeux sur le masque ; l'opercule avait glissé et recouvrait maintenant tout à fait l'ouverture de l'air ; cela no m'inquiéta pas, parce qu'il m'est arrivé fréquemment, en administrant l'amylène, de fermer entièrement l'opercule. En tout cas, j'étais certain qu'il ne s'était pas écoulé plus de quelques secondes depuis l'occlusion complète, car, plus occupé de l'anesthésie que de l'opération, j'avais concentré toute mon attention sur l'appareil. L'inhalation fut aussitôt suspendue ; l'opération, qui n'avait consisté qu'en une simple incision, était déjà terminée. Je tâtai de nouveau le pouls, par curiosité plutôt que par crainte ; mais quoique je l'eusse trouvé en bon état une demi-heure auparavant, je fus surpris de ne plus le sentir du côté gauche ; à droite, il y avait encore une très-faible ondulation. Néanmoins, la respiration était bonne et même tout à fait naturelle ; de légers mouvements des membres et de la face paraissaient indiquer que le malade allait se réveiller. J'attendis avec anxiété, pensant que, sans doute, la conservation de la respiration suffirait pour rétablir le pouls. Toutefois, au bout de deux à trois minutes, le malade parut devenir plus insensible, la respiration se ralentissait et l'attouchement des paupières ne provoquait plus le clignement. Je fis part de ces observations inquiétantes à M. Fergusson et à M. Price, qui avait assisté à l'opération Ces deux chirurgiens furent fort surpris, car rien n'avait pu leur faire craindre le moindre accident, soit pendant, soit après l'inhalation. Ils jetèrent de l'eau froide sur la figure du patient ; cela n'eût aucun résultat. La respirstion s'embarrassait de plus en plus ; la figure devenait livide. Bientôt, le malade cessa de respirer, à l'exception de quelques soupirs profonds et éloignés. Nous eûmes aussitôt recours à la respiration artificielle, suivant le procédé de M. Marshall-Hall, au moyen de pressions alternatives sur la poitrine, pendant que M. Price maintenait la bouche ouverte. On entendait distinctement le bruit que faisait l'air en traversant le larynx. Après avoir inutilement varié ce genre d'épreuves, nous essayâmes l'insufflation de bouche à bouche, qui réussit moins bien encore. Quoique pendant les dix minutes qui suivirent la disparition du pouls, le malade eût fait quelques inspirations, il fallut reconnaître que les moyens précédents avaient été inefficaces. Je crus, il est vrai, même après ce laps de temps, entendre dans la poitrine un léger mouvement du cœur ; il est probable que ce ne fut pas une illusion, car exactement au même instant M. Fergusson sentit au poignet droit une faible pulsation, mais ce fut le dernier signe de vie, quoique nous ayons eu soin de continuer la respiration artificielle pendant longtemps encore.

« J'ajouterai qu'au moment de l'opération le malade était à jeun. Il y avait plusieurs heures qu'il n'avait pris aucune nourriture ; mais il avait bu environ une pinte d'ale quelques instants avant l'opération.

« La quantité d'amylène employée était peu considérable, car il en restait encore au bout d'une heure et demie une notable quantité dans l'appareil, quoiqu'on n'eût pas pris soin de remettre le couvercle.

« L'autopsie fut faite quarante-huit heures après la mort. Le corps était roide. Il y avait sous la peau une épaisse couche de graisse. Les cartilages des côtes étaient ossifiés. Les poumons étaient volumineux, et no s'affaissèrent pas. Ils continuèrent à remplir complétement la cavité de la poitrine ; ils paraissaient emphysémateux, quoiqu'on n'aperçût pas à leur surface de cellules élargies. Il y

avait un peu de congestion à la partie postérieure du poumon gauche seulement. Le péricarde renfermait un peu de sérosité transparente. Le cœur était chargé de graisse, et un peu plus gros qu'à l'état normal. Trois ou quatre onces de sang noir s'écoulèrent par les gros vaisseaux lorsqu'on retira cet organe de la poitrine. Le ventricule droit parut seul un peu dilaté; les parois du ventricule gauche étaient très-épaisses et contractées au point d'en effacer presque entièrement la cavité. Le foie était congestionné, noir et friable. L'estomac, parfaitement sain, ne renfermait qu'un peu de mucus. Les autres organes ne furent pas examinés. Le cadavre n'exhalait pas l'odeur de l'amylène.

« Malgré toutes les précautions que j'ai prises pendant la durée de l'inhalation, la mort du malade me paraît devoir être attribuée à l'action de l'amylène; on ne peut songer à l'attribuer à la douleur de l'opération, puisque l'insensibilité était complète lorsque l'incision a été pratiquée...

« Je crois que le malade avait un emphysème des poumons, car la respiration artificielle n'a pas été faite avec assez de force pour distendre, d'une manière permanente, les cellules aériennes. En outre, la dilatation du ventricule droit du cœur indique l'existence d'un obstacle déjà ancien à la circulation pulmonaire...

« La persistance de la respiration si longtemps après la cessation des battements du cœur, dans le cas qui précède (comme dans plusieurs cas de mort par le chloroforme), est un phénomène extrêmement curieux. Il fallait que la circulation ne fût pas entièrement anéantie, et que le cerveau reçût encore une petite quantité de sang. Mais alors on se demande pourquoi l'action du cœur n'a pu se rétablir.

« Le malade était le cent quarante-quatrième à qui j'administrais l'amylène. Il est impossible, avec ce seul cas, de prendre une moyenne. Je ne vois pas pourquoi un pareil accident n'aurait pas pu m'arriver dans l'un des premiers cas où j'ai employé le chloroforme, ni pourquoi je n'aurais pas pu employer l'amylène pendant quatre à cinq ans, sans éprouver aucun accident. J'espère donc que l'avenir des inhalations d'amylène ne sera pas compromis par ce cas malheureux. »

Plusieurs journaux français, dans la crainte de compromettre l'avenir du nouvel agent anesthésique, ont publié seulement la première partie de cette observation. Cette suppression des passages de l'article de M. Snow, dans lesquels notre confrère anglais n'hésite pas à rapporter la mort du malade à l'action de l'amylène, nous paraît chose trop grave pour que nous veuillions, nous aussi, faire le silence et l'obscurité autour de ce cas malheureux. En conclurons-nous cependant que l'amylène est un moyen aussi dangereux que le chloroforme? Nous savons combien il faut de prudence et de réserve pour conclure de ce qui se passe chez les animaux à ce qui

a lieu chez l'homme, et néanmoins comment ne pas être frappé de la difficulté, de l'impossibilité même de tuer les animaux avec l'amylène, tandis que le chloroforme, employé de la même manière, les foudroie en quelque sorte ? Il y a donc peut-être dans le fait de M. Snow quelque chose que nous ne connaissons pas, et qui donnerait sans doute la clef de cette brusque et terrible terminaison. Ne nous hâtons ni d'adopter exclusivement, ni d'abandonner l'amylène. Le dernier mot est loin d'être dit sur cet anesthésique.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Blennorrhagie *du nez* (*Observation de*). Sous ce titre, le docteur Edwards publie le fait suivant, qui, selon ce médecin, serait sans précédent dans la science. Une respectable veuve, âgée de soixante-un ans, entre à l'hôpital d'Edimbourg dans l'état suivant: Toute la face est tuméfiée, surtout les paupières, le nez et la lèvre supérieure; elle présente un peu de rougeur des conjonctives et un petit abcès à l'angle gauche de la bouche. Le nez est très-sensible à la pression, la peau en est rouge, tendue, luisante, recouverte de quelques papilles légèrement enflammées. La lèvre supérieure est gonflée, sa surface est excoriée, résultat du contact d'un liquide purulent qui sort abondamment des deux narines. Toutes ces parties étaient tellement sensibles que la malade n'avait pas le courage d'essuyer ce pus et le laissait s'écouler librement, en tenant la tête penchée en avant. Elle raconte s'être beaucoup affaiblie depuis le début de la maladie, l'odeur fétide du pus lui ayant enlevé tout appétit.

L'émaciation extrême de la malade et son aspect firent croire au docteur Edwards qu'il avait affaire à une affection maligne; mais un examen plus approfondi et un interrogatoire détaillé apprirent que six mois auparavant cette femme avait reçu la visite de son fils, qui, à cette époque, était atteint de blennorrhagie et qui se servait d'un mouchoir pour soutenir ses bourses. Ce mouchoir était resté dans la chambre; la malade le ramassa et s'en servit pour se moucher pendant deux ou trois jours. Deux jours après, sa narine gauche devint chaude, humide, et laissa bientôt suinter une matière jaune. Bientôt après le même fait se reproduisit à la narine droite, et ses yeux s'enflèrent légèrement. En même temps il survint de la céphalalgie, des douleurs dans les membres et des frissons. La malade crut d'abord avoir une forte grippe; mais son nez prenant de jour en jour un aspect plus dégoûtant, elle consulta divers médecins qui lui firent suivre divers traitements, sans aucun succès.

Une fois la cause connue, les indications thérapeutiques furent faciles à saisir. On ouvrit l'abcès, on appliqua sur la plaie de la lèvre supérieure et à l'entrée des narines de la glycérine; on fit faire dans les deux cavités nasales des injections d'eau chaude. A l'intérieur, on prescrivit des pilules de citrate de fer et de quinine. L'inflammation étant promptement tombée, des injections avec une légère solution de myrrhe mirent fin à l'écoulement des narines.

Lorsque l'on considère la fréquence des blennorrhagies et les habitudes de malpropreté qui règnent dans les basses classes du peuple, on est surpris, dit M. Edwards, qu'on n'ait pas encore signalé de faits de ce genre. (*The Lancet*, avril.)

Chlorure de zinc (*Effets hémostatiques du*). Tous les praticiens connaissent les effets caustiques du chlorure de zinc et les utiles applications qui en sont faites journellement dans la pratique chirurgicale. On sait qu'on a proposé dans ces derniers temps et qu'on a exécuté même avec succès le projet de se servir de ce caustique pour pratiquer certaines amputations. M. A. Amussat, de son côté, s'en est servi avec avantage dans quelques circonstances pour prévenir des accidents imminents d'infection purulente. Le fait suivant, dans lequel le chlorure de zinc a été appliqué en vue de remplir cette indication, montre

aussi les avantages que l'on pourrait tirer au besoin de l'emploi de ce caustique comme agent hémostatique.

M. X..., curé à Chanteloup (Seine-et-Oise), âgé de cinquante-deux ans, portait à la région externe de l'avant-bras une tumeur fongueuse sanguine, développée dans l'espace de six ans, et dont l'origine paraissait remonter à une ancienne contusion de cette région. La tumeur, piriforme, avait une étendue de 15 centim. sur 6 de hauteur. Elle adhérait aux bords libres des os de l'avant-bras, auxquels elle paraissait solidement fixée. Bientôt la tumeur, faisant des progrès, la peau qui la recouvrait, amincie outre mesure, s'ulcéra dans toute sa longueur et laissa voir une substance encéphaloïde. Après plusieurs médications infructueuses, M. X..., sur l'avis de plusieurs médecins, se décida à se faire amputer. M. A. Amussat fut choisi pour pratiquer cette opération.

L'opération, n'ayant présenté en elle-même aucune particularité qui mérite d'être mentionnée, fut promptement terminée. M. Amussat fit la torsion des artères. L'artère brachiale, qui présentait un faible calibre, semblait être remplacée, pour l'alimentation du membre, par un grand nombre de petites branches artérielles qui, lorsqu'un relâchait légèrement le tourniquet, jaillissaient de tous les points de la surface traumatique et la baignaient complètement.

Afin de déterminer une prompte escarre, et aussi pour cautériser en bloc les nombreux petits vaisseaux dont il eût été impossible de se rendre maître autrement, M. Amussat appliqua sur toute la surface de la plaie la pâte de Canquoin, sous la forme de petits carrés de 15 millimètres sur tous les côtés. Le pansement fut achevé par l'application de deux larges plumasseaux de charpie, recouverts eux-mêmes par deux compresses longuettes mises en croix, et le tout maintenu par plusieurs tours de bande.

Au milieu de la nuit, le malade se plaignant beaucoup de la pression exercée par le tourniquet, on relâcha un peu cet instrument, sans qu'il en résultât rien de fâcheux.

Le lendemain, à la levée de l'appareil, on s'aperçut que la pâte caustique, qui vint d'une seule pièce avec les gâteaux de charpie, n'avait agi que comme moyen hémostatique. En effet, aucune trace d'escarre n'apparaissait ni au centre, ni à la circonférence de la plaie. Le malade n'avait point éprouvé cette sensation douloureuse, résultat ordinaire de l'application du chlorure de zinc; les chairs, loin d'avoir un aspect vermeil, étaient au contraire blafardes, inertes, signes presque caractéristiques d'une cachexie générale. Le pouls variait de 100 à 110; nouvelle application de la pâte caustique.

Le dimanche 23 novembre, quatrième jour de l'opération, le malade a senti cette fois l'action du caustique qui adhère à la plaie dans les quatre cinquièmes supérieurs, et laisse apparaître une escarre des mieux conditionnées. Le pouls est à 90. Troisième application de la pâte de Canquoin, étendue sur un linge et couvrant toute la surface de la plaie.

Le 27, la fièvre traumatique est sur le point de céder. Un léger cercle inflammatoire occupe le pourtour de la peau circonscrivant le moignon.

Le 6 décembre, l'escarre est toujours adhérente; suppuration de bonne nature.

Le 9, l'escarre, sous la forme d'un coin, ne tient plus au centre que par un léger pédicule; avec des ciseaux, on la sépare des parties saines, qui offrent un état des plus satisfaisants; les chairs sont vermeilles. Le malade, qui va parfaitement bien d'ailleurs, accuse une vive douleur au centre de la plaie, laquelle paraît due au travail d'élimination de la partie de l'os faisant saillie.

Le 12, la plaie est couverte de bourgeons charnus; la douleur est moins vive.

Le 14, les bourgeons charnus ont presque rempli la vaste cavité laissée par la chute de l'escarre. Une suppuration s'établit à la partie moyenne et inférieure de la plaie. Le moignon est placé dans l'appareil à air chaud du docteur Guyot.

Le 17, la plaie est sèche dans sa moitié supérieure; engorgement occupant toute la périphérie du moignon.

Le 21, la plaie, aux trois quarts fermée, offre l'aspect d'une bourse dont on retire les cordons. L'engorgement périphérique a disparu.

Le 25, quinze semaines après l'opération, et le douzième jour depuis l'usage de l'appareil à air chaud, la plaie est réduite à 25 millimètres de largeur sur 10 de hauteur. M. X... monte et descend ses escaliers sans éprouver la moindre faiblesse.

Le 28, la plaie ne présente plus que 5 millimètres en tous sens; plus de suppuration, si ce n'est au centre du

fragment nécrosé, qui crépite sous la pression des doigts; retour des forces.

Le 4 janvier, la suppuration ne provient plus que de l'intérieur de l'extrémité des os. M. X... sort et vaque aux soins de son ministère.

Le 14 mars, la plaie est entièrement cicatrisée. M. X.. a repris son embonpoint et recouvré sa gaité. (*Monit. des Hôpit.*, mars 1857.)

Cystalgie (*La*) *peut-elle être indépendante de la présence du calcul qui l'a provoquée?* Il est souvent très-difficile de saisir les diverses circonstances susceptibles de faire naître ou d'entretenir la douleur de vessie. De là un embarras très-grand pour le praticien, quand il s'agit d'arrêter un traitement. Le cathétérisme ne suffit pas toujours pour résoudre les difficultés de diagnostic. En supposant, en effet, que l'on trouve un calcul dans la vessie, on n'est pas pour cela suffisamment autorisé à considérer le calcul comme la cause unique des douleurs. L'observation suivante, due à M. Champouillon, indique que la cystalgie peut n'être pas sous la dépendance exclusive d'un calcul développé dans la vessie.

M. de N...., âgé de soixante-douze ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin prononcé, éprouva, vers le mois de novembre 1855, un dérangement dans l'excrétion de l'urine. A quelques jours de là son attention fut éveillée par des douleurs très-vives parlant de l'anus et s'étendant vers le col de la vessie. Ces souffrances, à retours périodiques, devinrent bientôt continues et intolérables.

M. Civiale, consulté, reconnut la présence d'un calcul d'une grosseur moyenne. On crut avoir sous la main la véritable cause des douleurs cystiques, et dès lors on se prépara à la lithotritie. L'opération fut faite le 12 avril 1856. Elle fut incomplète dans ses résultats, en ce que, par la faute du malade, une partie du calcul seulement fut broyée. Une cystite des plus graves ne tarda pas, du reste, à justifier cette résistance et à commander l'abstention. Pendant un mois environ, l'urine sortit fétide et purulente; puis la phlegmasie perdit progressivement de sa violence, laissant après elle des douleurs vésicales, qui se déclaraient habituellement tous les deux ou trois jours. Il fut affirmé de nouveau à M. de N... que ces douleurs ne disparaîtraient qu'avec le calcul qui en était la seule cause. Découragé par la perspective d'une seconde opération, M. de N... eut recours à l'homœopathie, mais il ne tarda pas à s'en dégoûter et réclama les soins de M. Champouillon vers les premiers jours de janvier 1857. A cette époque les spasmes, très-douloureux, agitaient l'anus et le col de la vessie, deux ou trois fois par semaine, et pour quelques heures seulement. Durant ces accès, l'urine était lancée par bonds et à plein canal, le plus souvent limpide; elle était quelquefois troublée par du mucus et un sédiment briqueté.

Avant de coordonner les moyens de traitement réclamés par cette situation, il fallait préalablement résoudre la question d'étiologie. M. Champouillon se rappela alors qu'il avait vu plusieurs fois chez des sujets morts de diverses affections des calculs volumineux, qui avaient été méconnus pendant la vie et dont les malades eux-mêmes n'avaient jamais souffert, lesquels calculs étaient exclusivement composés d'acide urique, le plus inoffensif de tous les corps solides que l'on puisse rencontrer dans les voies urinaires. Rapprochant cette circonstance des conditions analogues dans lesquelles se trouvait ce malade (l'analyse de la portion extraite par la lithotritie et un gravier expulsé spontanément depuis les avaient fait reconnaître pour de l'acide urique pur); considérant que chez M. de N..., en dehors des accès, le besoin d'uriner n'était pas plus fréquent qu'il ne doit l'être et que l'excrétion de l'urine, possible dans toutes les attitudes, ne subissait jamais d'interruption brusque par occlusion de la vessie, M. Champouillon en vint à conclure qu'il ne fallait attribuer au calcul qu'une participation tout à fait secondaire à la maladie de M. de N... La périodicité des douleurs, le développement progressif de leur intensité, leur brusque disparition s'accordaient mieux, au contraire, avec l'hypothèse d'une cystalgie; d'autant plus que le malade déclarait que, depuis fort longtemps, il était tourmenté par des rhumatismes ambulants.

En conséquence, remédier aux accidents névralgiques et changer la composition de l'urine, la délayer et en saturer les éléments acides au moyen de boissons aqueuses et de substances alcalines; telle était la double indication à remplir. Les bains prolongés, les laxatifs végétaux à dose moyenne, la médication antipériodique et séda-

tive ont rempli ce double but; ils ont réussi à détourner la douleur.

Sans se dissimuler que ce résultat n'était probablement que temporaire, M. Champouillon ne s'est pas moins cru fondé, et avec raison suivant nous, à y voir la démonstration du diagnostic qu'il avait porté, et une preuve nouvelle que la cystalgie, alors même qu'elle coïncide avec l'existence d'un calcul dans la vessie, peut en être parfaitement indépendante. (*Gaz. des Hôp.*, mars 1857.)

Digitale *dans la métrorrhagie.* L'action bien connue de la digitale sur la circulation générale a fait perdre de vue par la plupart des praticiens quelques-uns des modes d'action secondaires de cet agent thérapeutique, qui procèdent sans doute de cette action principale, et qui, pour être moins tranchés peut-être et moins manifestes, ne laissent pas que de mériter plus d'attention qu'on ne leur en a accordé jusqu'à présent; nous voulons parler en particulier de l'influence que la digitale exerce sur les fonctions des organes génitaux, et par suite du parti utile qu'on en peut tirer dans le traitement des hémorrhagies utérines. On sait que M. Corvisart a fait à cet égard des observations curieuses relativement à l'effet spécial de la digitale sur les organes génitaux de l'homme. Nous avons rapporté nous-même, tout récemment, plusieurs exemples du bon résultat que nous avons obtenu de l'association de la poudre de digitale et du sulfate de quinine dans le traitement des migraines qui reconnaissent pour origine des troubles de la menstruation. Aussi pensons-nous qu'on lira avec intérêt l'observation suivante rapportée par M. le docteur H. Dickenson dans les transactions de la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres et reproduite depuis par plusieurs journaux français, et qui vient apporter un nouveau témoignage en faveur de cette propriété trop négligée de l'agent en question.

La femme Catherine M., âgée de quarante-huit ans, entra à l'hôpital Saint-Georges en proie à une métrorrhagie survenue à la suite d'une chute, et qui durait depuis plusieurs jours. Elle était d'une pâleur extrême, presque incapable de se tenir debout, tant elle était faible, et avait des tendances continuelles aux vertiges. L'hémorrhagie vaginale était si abondante qu'aucun des procédés habituellement usités ne put l'arrêter. Au toucher on constatait que l'utérus était sain, avec seulement un peu d'antéversion. L'acide sulfurique et le sulfate de magnésie furent administrés et ne produisirent d'autre effet qu'une légère purgation. Quelques jours plus tard, l'hémorrhagie continuant toujours et la malade étant réduite au dernier degré d'épuisement, on changea de moyen, et l'on prescrivit 4 grains (20 cent.) d'acétate de plomb et 1 grain (5 cent.) d'opium, trois fois dans la journée, mais sans plus de résultat; les jours suivants on ne fut pas plus heureux avec les stimulants éthérés et les toniques, l'acide tannique, etc. Ce fut alors que, prenant en considération l'existence d'un souffle diastolique intense à la portion centrale du cœur, M. Dickenson essaya la digitale.

Une demi-once de digitale en infusion fut donnée trois fois dans la journée. — Dès le lendemain il y avait un amendement sensible, l'hémorrhagie avait diminué, l'appétit était revenu, et la malade se sentait ranimée. Durant la nuit la perte avait totalement cessé pour ne plus revenir.

Depuis lors, M. Dickenson dit avoir eu l'occasion de constater plusieurs fois des résultats analogues. Les malades affectées de métrorrhagie, dit-il, dont l'âge variait de dix-neuf à soixante-quatre ans, étaient dans des conditions diverses. Les cas qui paraissaient susceptibles de guérir sans intervention thérapeutique furent abandonnés à la nature; dans ceux, au contraire, qui réclamaient un traitement actif, la digitale a été employée seule, et l'hémorrhagie a été invariablement arrêtée chez toutes, dans un espace de temps plus ou moins rapide, suivant l'élévation des doses du médicament. Lorsque la dose était très-élevée (1 once 1/2, par exemple, en infusion), la perte cessait dès le second jour; quand, au contraire, la digitale était prescrite sous une forme diluée, elle s'est prolongée jusqu'au quatrième jour, mais jamais au delà. (*Archives générales de médecine*, janvier 1857.)

Empoisonnement *d'une famille par du cidre renfermant des sels de plomb.* Les faits d'empoisonnement par les substances alimentaires sont trop graves, et intéressent trop la salubrité publique pour qu'on ne doive, lorsqu'il s'en présente de nouveaux exemples, s'empresser de les faire connaître et de leur donner la plus grande publicité possible, afin

d'en prévenir le retour. Voici un exemple d'empoisonnement d'une famille entière, par du cidre renfermant des sels de plomb, qui devra appeler encore sur ce point l'attention des médecins hygiénistes et la surveillance de l'autorité.

Le 2 février dernier, un enfant de douze ans, nommé Vialet, était reçu à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Gillette. Cet enfant, d'une constitution robuste, était malade depuis une quinzaine de jours; la maladie avait commencé par de l'inappétence, mauvaise bouche, difficulté à aller à la garde-robe et douleur violente au niveau de l'épigastre. Depuis deux jours les coliques s'étaient accrues et étendues dans tout l'abdomen. Lors de son entrée à l'hôpital, il n'avait pas eu de garde-robes depuis huit jours. Il était en proie à une grande agitation; le ventre était fortement rétracté, la langue sale, la racine des dents était recouverte d'un enduit jaunâtre, et autour de quelques-unes on voyait un liséré de couleur ardoise. L'inappétence était complète; les douleurs empêchaient le malade de dormir depuis deux nuits. Il n'y avait ni vomissements ni douleurs articulaires, ni paralysie musculaire.

Après avoir vainement cherché dans la profession de l'enfant (apprenti charpentier), la cause possible de cet accident, on finit par apprendre, à force d'interrogations, que l'enfant buvait habituellement du cidre. Une enquête auprès de ses parents apprit alors ce qui suit :

1° Le père était atteint d'une colique de plomb des mieux caractérisées;

2° La mère, enceinte de six mois, en était également affectée. Elle avait le liséré gingival caractéristique, de la constipation et des coliques assez intenses pour faire craindre un avortement;

3° De quatre autres enfants, l'aînée, jeune fille de quatorze ans et demi, avait eu à plusieurs reprises des coliques avec constipation; mais comme elle travaillait en journée, elle buvait beaucoup moins de cidre que le reste de la famille. Un jeune garçon de quatre ans commençait à être indisposé, il se plaignait de coliques et n'allait pas à la selle. Deux enfants seulement, une jeune fille de neuf ans et une fille de deux ans, n'avaient rien éprouvé; mais ils ne buvaient que de l'eau.

Ainsi cinq personnes sur sept avaient été empoisonnées par le plomb.

On apprit ensuite qu'il y avait parmi les ustensiles de ménage un filtre en plomb dans la fontaine en grès, où se fabriquait le cidre. On remplissait la fontaine de pommes acides broyées, de telle façon que ces pommes étaient en contact direct avec le filtre, puis on versait de l'eau sur les pommes, on laissait la fermentation se faire, et au bout de quelques jours, on tirait le cidre que l'on buvait sans défiance. Au contact des pommes, le plomb donnait naissance à des sels de plomb qui se dissolvaient dans le cidre, et qui ont été la cause des accidents saturnins présentés par les cinq malades,

Ce cidre analysé, a précipité, en effet, abondamment par tous les réactifs du plomb. On a évalué approximativement à 25 milligrammes la quantité de plomb renfermée dans 100 grammes de cidre, ce qui donne 25 centigrammes par litre; proportion considérable et plus que suffisante pour expliquer ces accidents saturnins.

L'intensité des accidents fut d'ailleurs en raison directe de la quantité de cidre bue par chacun des membres de la famille.

Le traitement de l'enfant admis à l'hôpital a consisté, les deux premiers jours, en deux purgations composées d'huile de ricin, 30 grammes, avec addition d'une goutte d'huile de croton, le second jour un bain sulfureux. Au bout de cinq jours les selles étaient rétablies, les douleurs abdominales avaient disparu ; l'appétit était revenu, il ne restait plus que le liséré gingival. Le malade a été mis à l'usage de cinq pilules Vallet par jour. Il a continué les bains sulfureux. Le 9 février la guérison était complète. (*Union médicale*, février 1857.)

Gerçures *de la langue guéries par l'emploi topique d'un mélange de glycérine et de borax.* Cette affection, qui durait depuis longtemps, ne paraissait pas dépendre d'un vice syphilitique; la déglutition, la mastication, mais surtout la parole s'accompagnaient de douleurs excessivement vives. Comme ces gerçures avaient résisté à un grand nombre de moyens de traitement, le docteur Brinton eut l'idée d'essayer le collutoire suivant :

Pr. Borax...........	2,50 centigr.
Glycérine........	30 gramm.
Eau...........	120 gramm.

Mêlez.

Une amélioration remarquable se manifesta dès les premiers jours. On

joignit alors à ce moyen l'usage interne de l'iodure de potassium, et au bout de peu de semaines il ne restait d'autre trace des crevasses que de légères dépressions de la muqueuse linguale. (*The Lancet*, mars.)

Hernie ombilicale étranglée *opérée avec succès.* L'opération dont il s'agit, digne d'attention par elle-même, emprunte un intérêt particulier des circonstances dans lesquelles elle a été faite et de la personne qui l'a subie. C'est sur l'honorable et savant directeur de l'École de médecine de Rouen, M. le docteur Couronné, que M. Leprêtre, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, a été appelé à pratiquer le débridement d'une exomphale étranglée. Voici les principales particularités de cette intéressante et heureuse opération :

Vers l'âge de quarante-cinq ans, M. Couronné, aujourd'hui parvenu à la soixantaine, vit apparaître, en même temps qu'une bronchite intense, une hernie ombilicale. Pendant une tournée de jury médical, deux fois, à dix jours de distance, le bandage qui avait parfaitement contenu l'exomphale depuis son apparition fit défaut, et la hernie s'échappa à travers une éraillure de la ligne blanche, en dehors et à droite de l'anneau ombilical. Lors du premier accident, qui se produisait à peu de distance de Rouen, M. Couronné put facilement rentrer chez lui, et par quelques efforts de taxis, obtenir lui-même une facile réduction ; mais au second accident, qui survenait dans les environs de Dieppe, plusieurs tentatives de réduction, pratiquées d'abord par le malade, puis renouvelées par M. le docteur Delbois, demeurèrent assez longtemps inefficaces, jusqu'au moment où de vives douleurs abdominales, signalant une situation plus sérieuse, un vomissement inopiné vint amener une heureuse solution et permettre à M. Couronné de terminer sa tournée.

De retour à Rouen, son premier soin fut de faire modifier son bandage. Le 10 juin, il partait pour Caen, dans des conditions qui semblaient lui promettre un heureux séjour. Mais, après un voyage facile, une nuit calme, le mardi 11, à son réveil, il constate l'issue de sa hernie, qui est plus volumineuse, plus tendue que dans les deux circonstances précédemment signalées. Pendant cette journée, le taxis fréquemment renouvelé, les bains prolongés, les cataplasmes sédatifs et narcotiques, les lavements purgatifs, tout échoua pour conjurer le danger de l'étranglement.

Dans l'après-midi, la situation de M. Couronné devenant alarmante, M. Leprêtre, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, fut mandé le soir, et il fut arrêté que, pendant toute la nuit, de la glace serait constamment maintenue sur la région ombilicale.

Le mercredi 12, à six heures du matin, l'étranglement persiste, les vomissements commencent, le pouls faiblit, les traits s'altèrent ; le ventre, toutefois, n'est ni météorisé, ni douloureux. Un nouveau bain est prescrit. Vers neuf heures, M. Leprêtre revient, accompagné de M. Rouland et de M. Vastel. Après un nouvel essai infructueux, à l'aide du chloroforme, l'opération est proposée et acceptée. Vers dix heures, M. Leprêtre procède à l'opération. En trois minutes, elle est terminée. Une incision cruciale, aussi limitée que possible, découvre le sac ; par une petite ouverture de ce dernier, l'intestin est mis à nu ; l'éraillure aponévrotique, formant anneau constricteur, est dilatée, plutôt à l'aide du doigt que par l'instrument tranchant, et la réduction de l'intestin est obtenue dans les conditions les plus heureuses.

Pas un incident regrettable ne vint troubler les suites de cette opération jusqu'au cinquième jour. Alors toute sécurité était acquise contre les accidents consécutifs du côté du ventre ; la plaie offrait l'état et l'aspect les plus rassurants. Une alimentation réparatrice était déjà parfaitement supportée. Vers les derniers jours de juin, le succès de l'opération était assuré. Le 31 juillet, M. Couronné, faible encore, quittait Caen, sur l'avis de son opérateur et des médecins qui lui avaient prodigué leurs soins. Le soir, il était de retour à Rouen. (*Gaz. des Hôpit.*, mars 1857.)

Migraine (*de son traitement principalement par la quinine*). Pour le professeur Oppolzer, l'hémicranie est une névralgie du trijumeau, d'un côté, et se distingue des autres névralgies par l'absence de la douleur hors le temps de l'accès. Souvent la migraine est héréditaire, mais transmise plus fréquemment aux filles. Lorsque la prédisposition existe, elle se déclare à la suite d'une émotion morale ; fréquemment à l'occasion de la menstruation. Soit que la douleur occupe un

seul rameau du trijumeau, à savoir le rameau occipital ou frontal, ou temporal, soit que son siége soit plus difficile à délimiter, elle avorte souvent à la suite d'un vomitif; mais, comme on ne saurait administrer pareil remède à chaque attaque, M. Oppolzer a souvent recours avec grand succès à la quinine, dont il prescrit 20 centigrammes dans 30 grammes d'eau additionnée de deux gouttes d'acide sulfurique, qu'il fait prendre immédiatement au début de l'accès, et ce remède réussit même quand les paroxysmes ne suivent pas un type régulier. — Beaucoup de patients se soulagent en se comprimant la tête. — Chez les femmes hystériques, on doit tenter l'emploi des substances fétides Si l'hémicranie se lie à la chlorose, il faut administrer les préparations martiales; si l'hémicranie est le résultat d'un refroidissement, ce sont les irritants cutanés, les bains de vapeur et le traitement hydrothérapique qui se trouvent indiqués. La névralgie a-t-elle des rapports avec les troubles de la menstruation, c'est contre ceux-ci qu'il faut diriger d'abord le traitement. Les toniques conviennent aux organisations molles et torpides; chez les femmes affectées d'hémorrhoïdes ou d'hypertrophie du foie, ou encore chez celles qui sont arrivées à l'âge critique, il faut agir sur le tube digestif par l'eau de Carlsbad, de Marienbad ou de Kisingen. Le citrate de caféine a été vanté par un grand nombre de médecins. M. Oppolzer pense qu'une décoction de café non torréfié amène un même résultat. Enfin, il est des cas qui résistent à tout traitement; on doit se contenter alors de préserver le malade contre l'impression d'une lumière trop vive, du bruit ou de tout ce qui peut surexciter les sens. — C'est contre ces derniers cas surtout que nous conseillerons d'essayer la valeur du traitement que nous avons formulé récemment. (*Allgemeine W. Zeit.* et *Gaz. heb.*, avril.)

Rhumatisme *chronique et sciatique traité avec succès par l'usage externe du soufre et les bandages de flanelle.* Le docteur O'Connor rapporte plusieurs cas de rhumatisme articulaire chronique, avec gonflement articulaire, ainsi que des cas de sciatique ayant résisté aux modes de traitements les plus variés et les plus rationnels, qui cédèrent assez rapidement au seul emploi d'applications locales de soufre en poudre que l'on recouvrait de bandes de flanelle et qu'on laissait en place pendant plusieurs jours. Dans un cas où les douleurs articulaires affectaient l'épaule et étaient très-vives, une amélioration notable s'était manifestée au bout de quarante-huit heures, et le sixième jour toute douleur avait cessé, et les mouvements étaient plus faciles.

L'emploi des bandes de flanelle dans le rhumatisme chronique, de même que l'emploi extérieur du soufre sur la partie malade, ne sont pas choses nouvelles, mais M. O'Connor pense être le premier qui ait associé ces deux moyens dans le rhumatisme et la sciatique, et les beaux résultats qu'il en a obtenus l'engagent à signaler à l'attention de ses confrères ce mode de traitement d'une application simple et facile. (*The Lancet*, avril.)

Testicule (*Observation de fongus bénin du*) *consécutif à une orchite aiguë.* Les auteurs qui ont traité de cette maladie ne l'ont guère observée qu'à une période assez avancée de l'orchite chronique, ou bien succédant à une orchite aiguë entée sur l'affection chronique. Le fait suivant, dans lequel l'altération fongueuse s'est manifestée à la suite d'une orchite aiguë, mérite donc d'être enregistré. L'enseignement qui en découle est double: l'observation de M. le docteur Abel de Jordan complète en effet la pathologie du fongus et éclaire son traitement.

Le nommé Bouisson, soldat au 12e de ligne, entre à l'hôpital d'Agde le 17 septembre 1856, pour une orchite aiguë, qui s'est développée à la suite d'une marche forcée. Le quatrième jour après son admission, une application de sangsues est pratiquée sur le trajet du cordon, suspension de l'organe, cataplasmes, quelques purgatifs. Six jours après, la douleur était beaucoup moins vive, mais le volume du testicule avait peu diminué. Craignant que la constitution du sujet ne retentît sur l'affection de la glande séminale, M. Abel prescrivit l'iodure de potassium à la dose d'un gramme par jour à l'intérieur, et en pommade. Douze jours après, vingt-deuxième de la maladie, ce chirurgien constate en avant et en haut un peu de fluctuation avec amincissement de la peau du scrotum, dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes. L'abcès est ouvert avec précaution; il s'échappe à peine quelques gouttes d'un pus épais et grisâtre. L'ouverture pratiquée avec la lancette s'agrandit et donne issue à une substance gris cendré, parsemée de taches

rougeâtres. Cette excroissance fongueuse finit par prendre l'aspect d'un champignon et dépasser de deux centimètres le tégument du scrotum. En comprimant cette saillie avec les doigts, on provoquait une douleur semblable à celle que détermine la compression du testicule. La tumeur scrotale, qui égalait au début le volume d'un œuf de dinde, n'était plus douloureuse et avait rapidement diminué ; elle avait complétement disparu le 20 octobre, seize jours après la ponction de l'abcès.

En présence de cette lésion, qui se présentait pour la première fois à son observation, et ignorant les travaux de M. Jarjavay, notre confrère fut embarrassé pour porter un diagnostic exact et adopter le meilleur mode de traitement. Pensant que la glande ne pouvait plus récupérer ses fonctions, il excisa la partie des tubes séminifères d'un coup de ciseaux. L'opération fut peu douloureuse et donna issue à peine à quelques gouttes de sang. Les bords de la peau du scrotum furent ensuite réunis avec des bandelettes de diachylon. La cicatrisation marcha dès lors rapidement et fut complète dans les premiers jours de novembre. Le testicule se trouvait réduit à un petit noyau auquel adhérait la cicatrice. L'épididyme était un peu induré.

Depuis qu'il a observé ce fait, M. Abel a pris connaissance des travaux de M. Jarjavay et de ceux publiés en Angleterre, et il regrette, dans son ignorance, de ne pas avoir tenté de conserver la glande en procédant à l'autoplastie scrotale, au lieu d'exciser le fongus, c'est-à-dire d'avoir suivi les procédés que nous avons consignés dans ce journal (V. *Bull. de Thér.*, t. XXXVII, p. 234 et 522). Nous ajouterons une remarque : si ce chirurgien eût tenu compte des préceptes de Vidal, de Cassis, et, dès qu'il a vu l'orchite ne pas céder à l'action des sangsues, s'il avait pratiqué l'incision de la membrane albuginée ; ce débridement aurait mis son malade à l'abri de la perte de son testicule, ainsi que nous en avons publié des exemples, tome XXXI, page 212, et tome XXXII, page 147. (*Revue Thérapeutique du Midi*, mars.)

VARIÉTÉS.

Les trois Facultés de médecine viennent d'être consultées par M. le ministre de l'instruction publique sur l'opportunité d'exiger des candidats au titre de docteur les deux diplômes de bacheliers ès sciences et ès lettres. La Faculté de Paris a répondu, à l'unanimité, qu'il y avait lieu de rétablir le baccalauréat ès lettres, tout en conservant le baccalauréat ès sciences. Nul doute que les Facultés de Strasbourg et de Montpellier n'émettent un avis semblable.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes a pris, à la date du 18 avril, l'arrêté suivant : Sont nommés *professeurs titulaires* à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon : Anatomie et physiologie, M. Tournier; pathologie externe et médecine opératoire, M. Druhen aîné; clinique externe, M. Corbet; pathologie interne, M. Foncin ; clinique interne, M. Martin; accouchements et maladies des femmes et des enfants, M. Sanderet ; matière médicale et thérapeutique, M. Grenier ; pharmacie et notions de toxicologie, M. Delacroix. — *Professeurs adjoints* attachés aux chaires suivantes, savoir : Anatomie et physiologie, M. Bernard; clinique externe, M. Monnot; clinique interne, M. Coutenot. — *Professeurs suppléants :* pour les chaires de médecine proprement dite, M. Bertrand; pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, M. Chenevier; pour la chaire d'anatomie et physiologie, M. Hugon; pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie, M. Bruchon. — M. Druhen jeune, chef des travaux anatomiques.

M. Sanderet, professeur d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, est nommé directeur de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.—M. Villars est nommé directeur honoraire de ladite Ecole, et M. Desfosses professeur honoraire.

Le collége des chirurgiens de Londres avait mis au concours pour le prix Jackson, à distribuer en 1856, la question : *De la syphilis et de son traitement.* Nous apprenons, avec une vive satisfaction, que ce prix, qui confère à celui qui l'obtient le titre si recherché de membre du collége, vient d'être accordé à notre savant confrère, M. de Méric.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la valeur des eaux minérales dans le traitement des paralysies : hémiplégie (¹);

Par M. le docteur Max. Durand-Fardel, médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy, secrétaire général de la Société d'hydrologie, etc.

Traitement. — Les eaux *chlorurées sodiques* sont les eaux les plus spéciales dans le traitement des paralysies. Elles se présentent sous deux formes très-différentes :

Eaux chlorurées sodiques *fortes*, c'est-à-dire très-minéralisées (Balaruc, Bourbonne, Bourbon-l'Archambault, la Motte, Wiesbaden, etc.);

Eaux chlorurées *faibles* (Néris, Luxeuil, Bourbon-Lancy, Wildbad, Gastein, etc.), paraissant agir spécialement par l'élévation de leur température, et dont se rapprochent, dans ce cercle particulier d'applications, des eaux faiblement minéralisées et appartenant à d'autres classes (Tœplitz, Plombières, le Mont-Dor, etc.).

Du reste, les indications que nous avons présentées, réclamant simplement une double action excitante et résolutive, s'adressent aux propriétés les plus générales de la médication thermale, plutôt qu'à une action spéciale, propre à telle ou telle classe.

Ce n'est donc pas en vertu d'une spécialisation réelle que les eaux chlorurées sodiques et quelques autres s'appliquent utilement aux paralysies : c'est parce que, parmi toutes les eaux minérales, ce sont elles qui paraissent le mieux s'adapter aux conditions particulières dans lesquelles se présentent habituellement les hémiplégiques.

Les eaux *sulfureuses* sont rangées, en général, parmi les eaux minérales qui conviennent aux paralysies ; mais je pense que c'est à tort. Le contraire semble résulter assez formellement des communications apportées à la *Société d'hydrologie médicale* de Paris, dans la discussion que nous avons déjà citée, et des réticences non moins que des déclarations précises rencontrées dans les monographies sur les eaux sulfureuses.

Les eaux faiblement minéralisées trouvent surtout à s'appliquer aux *paraplégies*.

A quoi donc les eaux *chlorurées sodiques fortes* paraissent-elles devoir leur spécialité d'action dans les *hémiplégies* ou paralysies cérébrales, ou, pour parler des cas les plus ordinaires, les paralysies dépendantes d'une altération organique ?

(¹) Suite. — Voir la livraison précédente, p. 337.

Elles paraissent la devoir à leurs propriétés résolutives, qui les distinguent parmi toutes les autres classes d'eaux minérales, et à leur mode excitant qui, tout en s'adressant très-activement à la périphérie, réagit peu sur les centres nerveux, comme on peut le remarquer dans d'autres circonstances, et en particulier à propos des maladies de matrice. Il n'en est pas de même des eaux sulfureuses, qui sont des eaux très-peu résolutives, en dehors de certaines applications spéciales, et certainement plus stimulantes, au moins pour les eaux sulfurées actives [1]. Il faut encore tenir compte de l'action purgative que les eaux chlorurées sodiques exercent à des degrés divers.

Les stations thermales où se fait d'une manière très-spéciale le traitement des paralysies hémiplégiques sont celles de Balaruc, Bourbon-l'Archambault, Bourbonne et la Motte.

Ces eaux sont toutes très-chaudes, entre 48 et 60 degrés, assez inégalement minéralisées, et présentent : Bourbon-l'Archambault, environ 4 grammes, la Motte et Bourbonne, environ 7gr.,8, et Balaruc 9 grammes, de principes minéralisateurs, parmi lesquels le chlorure de sodium domine d'une manière absolue.

L'eau de Bourbon est la seule qui soit franchement gazeuse, étant la seule qui présente une proportion un peu élevée de bicarbonates alcalins. Les eaux de Bourbonne, de la Motte et de Balaruc sont, de leur côté, fortement bromurées.

Maintenant, entre ces eaux qui, semblables par leurs qualités générales, varient dans une proportion notable pour leur composition, leur qualité gazeuse et leur température, quelle distinction thérapeutique y a-t-il à faire? Voici ce que nous ne saurions dire, attendu que les médecins qui en ont observé les effets ne se sont pas attachés à cette étude comparative, et ne nous ont pas fourni les moyens de suppléer à cette lacune dans leurs observations.

Et pour montrer combien il est difficile d'y suppléer par l'appréciation du médicament lui-même, nous ferons remarquer que l'eau de Bourbon-l'Archambault, qui paraîtrait s'être le mieux prêtée jusqu'ici aux applications de la méthode pour le traitement des apoplexies récentes, circonstance dans laquelle l'analyse thérapeutique

(1) M. le docteur Aulagnier, médecin militaire, a insisté sur les dangers qui accompagnent l'usage des eaux de Baréges dans les hémiplégies. « Le bien qu'on peut en attendre n'est pas en rapport avec les dangers qu'elles font courir. » (Mém. de méd. de chirurg. et de pharm. militaires, t. LI, p. 167 et 190.)

semble faire prévaloir l'indication résolutive sur l'indication stimulante, est précisément celle dans laquelle les éléments chimiques sont en moindre proportion.

Voici quelques renseignements sur la manière dont ces eaux sont administrées.

Le traitement de Balaruc était, il y a quelques années encore, dirigé suivant des principes tout autres que ceux qui y président aujourd'hui.

Il se composait de cinq ou six bains, pris à plusieurs jours d'intervalle, bains chauds ou tempérés, suivant qu'on les prenait à la source, dans l'eau minérale à sa chaleur native (au delà de 40 degrés), ou bien dans des baignoires, avec l'eau minérale refroidie (docteur Rousset). Des douches très-chaudes, combinées avec le massage, le tout assez brutalement administré, et l'usage de l'eau à l'intérieur, complétaient le traitement.

M. le docteur Le Bret suit une marche toute différente. Il fait un usage très-restreint des douches et emploie surtout les bains et l'eau minérale à l'intérieur. Les bains, pris à 28 ou 30 degrés centigrades, ne sont eux-mêmes commencés qu'après que l'eau minérale, prise pendant quelques jours, à la dose de quatre à six verres, a produit un effet laxatif, lequel se continue en général pendant toute la durée du traitement, et va quelquefois jusqu'à la superpurgation. Quelques douches, cinq à six, sont prises, à la fin du traitement, à une température modérée. M. Le Bret ne s'attache pas à les adresser aux membres paralysés, mais les dirige surtout sur les extrémités inférieures, tandis que la tête est couverte d'applications froides.

Sous l'influence d'un pareil traitement, M. Le Bret n'a jamais vu survenir de ces accidents congestifs, quelquefois mortels, qui, sous le régime précédent, se montraient de temps en temps à Balaruc. Mais il a obtenu des résultats très-satisfaisants, au point de vue de la diminution de la paralysie, rapide et évidemment dépendante du traitement, et persistante dans les périodes consécutives.

Innocuité absolue, et résultats aussi effectifs que possible vis-à-vis d'accidents de cette nature, telles sont les conséquences du mode de traitement adopté par notre honorable collègue et ami, près les eaux de Balaruc.

A Bourbon-l'Archambault, le traitement, au début, est essentiellement dérivatif et révulsif. Les douches intérieures, l'eau thermale, mélangée d'eau de *Jonas* (ferrugineuse et froide) en boisson, la douche tempérée sur les extrémités et sur la langue, en même temps que des irrigations froides sur la tête, le massage, les cornets (ven-

touses dont on fait un grand usage à Bourbon) à la nuque et le long des membres, en font généralement partie.

« Les hémiplégies et les paralysies générales suites d'apoplexies, dont le nombre est si considérable à Bourbon, ajoute M. Regnault, exigent dans l'application des eaux thermales le plus grand discernement et la plus vigilante circonspection ; le plus souvent, en effet, il y a là à combattre non-seulement la maladie actuelle, mais une tendance continuelle à la récidive. »

M. Caillat formule ainsi le traitement thermal de Bourbon-l'Archambault dans les hémiplégies : boisson d'eau thermale, de un à quatre verres par jour; bain de piscine, de 34 ou 35 degrés centigr. pendant dix minutes ou un quart d'heure; douches sur les membres paralysés, de dix minutes à une demi-heure, d'une hauteur de 2 mètres et de 33 à 34 degrés; bain de jambes le soir, dans l'eau minérale, dense à 47 degrés.

Sur 390 hémiplégiques par suite d'apoplexie, 26 ont été complétement guéris, 317 ont été notablement soulagés, et 47 traités sans succès ; 1 seul a succombé pendant le traitement (Regnault).

A Bourbonne, on emploie surtout les douches. « Je m'en tiens presque exclusivement aux douches, dit M. le docteur Villaret, à la température de 32 à 35 degrés centigr., et dont la durée ne dépasse guère vingt à vingt-cinq minutes. »

« La douche, dit M. Renard, est la forme la plus efficace de l'administration de nos eaux. »

Un semblable traitement est plutôt hydrothérapique que médicamenteux, et il est permis de se demander quelle part y prennent les propriétés des eaux de Bourbonne elles-mêmes.

M. Villaret a combiné avec les douches le massage des parties paralysées, et l'électricité par l'application de l'appareil de M. Duchenne (de Boulogne).

Les deux auteurs que nous venons de citer font sans doute quelque usage des bains, mais frais et de peu de durée. M. Villaret faisait prendre l'eau minérale en boisson, à la dose de quatre à cinq verres par jour. M. Renard paraît redouter davantage l'action excitante de ces eaux à l'intérieur, et ne compte pas beaucoup sur leur action laxative, car il recommande d'entretenir la liberté du ventre par de légers purgatifs.

Il résulte de tout cela que l'eau minérale de Bourbonne ne saurait être considérée par elle-même comme très-efficace dans le traitement des hémiplégies. M. Mathieu est encore plus explicite à ce sujet. Il n'a constaté dans ce traitement que des insuccès, et croit

qu'il n'est applicable « qu'à la suite d'une hémorrhagie cérébrale légère, après résorption complète, et lorsque la paralysie n'existe plus par compression, mais par habitude. » Ceci est peut-être un peu exagéré. Cet auteur n'a du reste séjourné à Bourbonne que pendant un temps insuffisant pour se prononcer d'une manière absolue.

Les eaux de la Motte sont administrées sous une forme assez particulière, et que nous retrouverons surtout en parlant des paraplégies, c'est-à-dire à une température très-élevée, en bains et en douches, avec sudation.

M. Buissard n'a pas exposé les règles de ce traitement, mais il a publié une série d'observations qui permettent de l'apprécier exactement. Ces observations portent sur des hémiplégies, consécutives à des attaques d'apoplexie, datant, la plupart, de six à dix-huit mois, et de causes variées, ou plutôt inappréciées, dans la plupart des cas. Les malades étaient soumis, en général, à l'usage des bains de 35 à 37 degrés centigr., d'une durée de trois quarts d'heure environ, et de six à douze douches générales de 45 à 48 degrés, suivies d'emmaillottement dans une couverture de laine, et de sudation. Pendant ce temps, ils prenaient l'eau minérale à la dose de quelques verres, avec un effet purgatif quelquefois très-considérable.

Sur 14 hémiplégiques dont l'histoire est rapportée, 4 ont été guéris, 5 très-soulagés, 3 un peu soulagés, et 2 n'ont obtenu aucun effet appréciable. Il n'est nullement question d'accidents, et les contre-indications ne m'ont pas paru signalées.

Les eaux de Niederbronn se distinguent des précédentes en ce qu'elles sont froides, et, quoique plus faiblement minéralisées, plus formellement laxatives. Il paraît, en effet, que les propriétés laxatives des eaux chlorurées sodiques sont loin de se trouver en rapport exact avec leur degré de minéralisation générale, ou en chlorures.

M. Kuhn préconise, dans tous les états congestifs de l'encéphale et dans les paralysies suites d'apoplexie, la méthode laxative dans sa plus simple expression, c'est-à-dire l'usage interne de l'eau minérale à dose modérée. Il n'admet les bains et les douches que dans des cas exceptionnels, et à part, de peur d'exercer une action perturbatrice en employant simultanément tous ces moyens; les bains seulement à mi-corps, et au-dessous de la température indifférente.

On voit que les traitements mis en usage auprès de chacune de ces stations thermales diffèrent beaucoup entre eux. La plupart ne répondent que très-imparfaitement, et d'une manière tout artifi-

cielle, aux indications que nous avons posées : action résolutive et excitante.

Dans trois d'entre elles : Niederbronn, Balaruc et la Motte, l'action purgative des eaux est mise à profit et paraît, à Niederbronn, constituer le fond même du traitement. Elle se combine, à la Motte, avec des sudations. Ce n'est qu'à Balaruc que nous lui voyons prendre part à un traitement thermal proprement dit.

A la Motte, en effet, c'est en réalité un traitement hydrothérapique par l'eau chaude. La sudation dans le maillot suit le bain et la douche, comme dans l'hydrothérapie par l'eau froide. Seulement, dans celle-ci, la sueur s'obtient par l'effet d'une réaction consécutive qui n'a pas lieu dans le premier cas, où la sudation est la conséquence directe et immédiate des moyens usités.

A Bourbonne, on n'emploie guère que la douche ; l'usage de l'eau minérale en boisson paraît tout à fait secondaire. A peine peut-on dire que ce soit là un traitement thermal. Ce traitement est beaucoup plus complet à Bourbon-l'Archambault, bien que la douche y tienne encore une grande place.

Nous pouvons donc caractériser ainsi ces différents traitements :

Balaruc. — Traitement thermal proprement dit, bains tempérés, eau minérale en boisson, peu de douches, action purgative.

Bourbon-l'Archambault, —Douches, douches ascendantes, ventouses, eau minérale en boisson, bains de courte durée.

Bourbonne.—Usage de l'eau en boisson, mais surtout et presque exclusivement en douches.

La Motte. — Hydrothérapie chaude ; bains et douches à températature élevée, sudation, eau minérale en boisson ; action purgative.

Niederbronn.—Usage interne de l'eau minérale; action purgative.

Si nous cherchons maintenant à apprécier ces divers traitements, il nous semble que ceux qui se recommandent le plus sont ceux où la médication présente elle-même les caractères les plus complets d'une médication thermale, ainsi Balaruc et Bourbon-l'Archambault.

Il est évident que les eaux de Niederbronn, telles qu'elles sont administrées, ne peuvent exercer une action bien radicale sur les organes lésés dans leur texture ou dans leurs fonctions. Elles paraissent convenir aux individus très-disposés aux congestions actives, et chez qui un traitement dérivatif se trouve indiqué avant tout.

Il nous est difficile de nous prononcer au sujet du traitement subi à la Motte. Au premier abord l'usage de bains et de douches à une

température aussi élevée, chez des apoplectiques, paraît un peu effrayant : il est vrai que l'action purgative et la sudation doivent exercer une dérivation très-énergique. Néanmoins nous ne saurions approuver en principe une médication aussi formellement perturbatrice, dans des cas de ce genre. Quant aux résultats effectifs du traitement, nous avons déjà fait remarquer que ce ne sont pas les quatorze observations de M. Buissard qui peuvent nous édifier sur ce sujet.

Les médecins de Bourbonne paraissent eux-mêmes assez peu satisfaits de la médication qu'ils emploient à la suite des apoplexies. Ils semblent ne l'administrer qu'avec crainte. M. Renard redoute même l'usage interne de l'eau minérale, et s'en tient à peu près aux douches.

Je ne puis m'empêcher d'opposer à cette pratique de Bourbonne celle de Bourbon-l'Archambault et de Balaruc. Ces deux dernières stations thermales sont celles où le traitement se trouve employé de la manière la plus simple et la moins artificielle ; Balaruc, surtout, où les douches sont peu usitées, tandis qu'elles tiennent une assez grande place à Bourbon. Or, il semble que ce soit précisément à Balaruc et à Bourbon que les eaux soient employées avec le plus de sécurité et avec les résultats les plus satisfaisants. Ce sont surtout les médecins de Bourbon et de Balaruc, MM. Regnault et Le Bret, qui conseillent le traitement thermal à une époque rapprochée de l'attaque.

Il y a là matière à réflexion ; cette question des paralysies a été étudiée avec beaucoup de soin, à la *Société d'hydrologie médicale* de Paris, au point de vue des indications ; mais elle ne l'a pas été suffisamment au point de vue des procédés thérapeutiques. Nous venons d'exposer les matériaux de cette étude; en attendant que les conséquences pratiques en soient formellement posées, les praticiens sauront certainement mettre à profit les détails que nous leur plaçons sous les yeux. (*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Traitement des fractures de la région dorso-lombaire de la colonne vertébrale.

Extrait des Leçons de M. Bonnet, de Lyon, rédigées par M. le docteur Delore, chef de la clinique chirurgicale.

Les fractures de la colonne vertébrale, considérées au point de vue de la lésion osseuse, peuvent entraîner dans la direction du

corps des difformités au moins aussi fâcheuses que celles des os les plus importants des membres inférieurs, et si elles sont vicieusement consolidées, elles rendent plus imparfaites encore la station et la marche. Les altérations, qu'elles amènent presque inévitablement dans la moelle, sont suivies d'une paralysie quelquefois complète des membres inférieurs et de la vessie, de telle sorte qu'aux accidents communs à toutes les fractures, elles joignent des accidents qui leur sont particuliers. Pour ces divers motifs, il n'est pas de fractures qui exigent plus impérieusement des méthodes de traitement propres à ramener les os à une bonne position et à les y maintenir avec solidité. Cependant la difficulté de satisfaire à ces indications, avec des méthodes semblables à celles qu'on emploie ordinairement dans les fractures des membres, conduit habituellement à les abandonner à elles-mêmes. Dans presque tous les services de chirurgie, on se contente de recommander le repos du lit aux malades dont la colonne vertébrale est brisée, on les sonde quand l'excrétion de l'urine ne peut se faire spontanément, et l'on néglige toute tentative de réduction et tout moyen contentif.

L'art ne serait pas réduit à une semblable inaction, si l'on suivait les conseils donnés par les auteurs. Toutefois on ne voit, en les parcourant, que des indications très-vagues. Ainsi, en ce qui regarde la réduction, on ne trouve que le précepte de pratiquer l'extension et la contre-extension, comme pour les fractures des membres. A. Paré, W. Tuson et M. Malgaigne ont adopté cet ordre de moyens, et encore ont-ils supposé qu'une contre-extension efficace pouvait s'exécuter en retenant les malades par les aisselles.

Quant aux procédés de contention, ils se réduisent à l'immobilité sur un lit, dont un mécanisme permet dans certains cas de soulever le matelas, mais rien ne s'oppose aux mouvements de flexion et de latéralité, rien ne continue les efforts d'extension et de contre-extension. Dupuytren, qui plaçait des coussins sous la gibbosité de ses malades; Sanson, qui les faisait coucher sur le ventre, employaient des moyens dont l'insuffisance n'a pas besoin d'être démontrée.

Enfin, aucun auteur ne parle de tuteurs propres à soutenir la colonne, lorsque le blessé quitte le lit et que la position verticale favorise la flexion du tronc.

Nous croyons devoir passer sous silence les tentatives aussi imprudentes que funestes de ceux qui ont pratiqué la trépanation des arcs postérieurs des vertèbres.

Pour combler autant que possible les lacunes de ce point important du cadre pathologique, il faut l'envisager au triple point de

vue : 1° de la réduction; 2° de l'immobilisation; 3° du traitement consécutif.

I. *De la réduction dans les fractures de la région dorso-lombaire.* — L'extension et la contre-extension, moyens qui paraissent tout d'abord rationnels, sont généralement inefficaces et découlent d'une étiologie vicieuse. On semble toujours supposer une cause directe; or, ce mécanisme est fort rare, soit à cause de la situation profonde des vertèbres, des muscles puissants qui les protégent, des côtes qui font une double saillie latérale, de la solidité des pièces osseuses qui se prêtent un mutuel appui : tout cela est un obstacle aux causes directes dont la fréquence est cependant admise par Boyer, Vidal et M. Nélaton.

Ce fut M. Bonnet qui le premier démontra, dans son Traité des maladies articulaires (1845), que les fractures dorso-lombaires sont habituellement produites par une flexion forcée, soit en avant, soit en arrière. M. Malgaigne soutint également la même opinion (Traité des fractures, 1849). Cette proposition étiologique est pour nous suffisamment prouvée :

A. Par les expériences cadavériques de M. Bonnet. Un cadavre étant assis, on fléchit vigoureusement la région dorso-lombaire, en appuyant sur le dos; bientôt on entend un craquement, le corps d'une vertèbre écrasée fait un angle en avant, tandis qu'en arrière il se produit des ruptures par distension, et une gibbosité par redressement des apophyses épineuses. Répétées par MM. Pommiès et Philippeaux, et tout récemment pour les démonstrations du cours de clinique, ces expériences ont fourni un résultat identique.

B. Par la constance du siége de ces fractures. Elles se montrent dans les points où la colonne dorso-lombaire jouit d'une étendue de mouvements plus considérable. En lisant les observations relatées par Dupuytren, A. Cooper, Ollivier d'Angers, on peut s'assurer qu'elles siégeaient toujours, ou sur les deux dernières dorsales, ou sur les deux premières lombaires; c'est une loi qui ne souffre presque pas d'exception : les faits que nous citerons à la fin de cet article en sont du reste une pleine confirmation. Un siége aussi constant n'atteste-t-il point une cause unique? Si la fracture était souvent directe, ce siége ne varierait-il pas, suivant le point d'application de la force?

C. Par l'uniformité de la symptomatologie. Toujours on rencontre une gibbosité en arrière, une flexion de volume en avant; tous ces signes concordent parfaitement avec les expériences cadavériques du professeur Bonnet.

D. Mais les meilleures preuves qu'on puisse apporter à l'appui

des idées que nous soutenons nous sont fournies par les auteurs qui, pour la plupart, il est vrai, n'en ont point soupçonné la portée.

Ainsi que l'avaient fait déjà MM. Bonnet et Philipeaux, nous avons passé en revue toutes les observations rapportées par Boyer, Dupuytren, A. Cooper, Labarrani, Ollivier d'Angers, Réveillon, Melchior, celles qui sont consignées dans le tome VIII de la Bibliothèque médicale, dans les Archives générales de médecine; et toutes les fois que le mécanisme de la fracture était suffisamment indiqué, il nous a été facile de l'expliquer par une flexion forcée. Je ne parle point des malades qui ont passé sous nos yeux; aucun d'eux ne fait exception à la règle, que je me garderai bien cependant de donner comme absolue.

—La flexion forcée en avant n'exige point, pour condition indispensable de sa production, qu'un poids fasse courber le thorax sur l'abdomen; il suffit, dans certains cas, d'une chute d'un lieu élevé, dans laquelle les pieds ou le bassin trouveront un point d'appui sur le sol; l'impulsion de la pesanteur, brusquement suspendue dans les régions inférieures du corps, se perpétue sur sa partie supérieure, qui continue son mouvement de descente; de là flexion forcée et fracture.

Ainsi nous expliquons la 57e et la 58e observation d'Ollivier d'Angers, celles de MM. Banier et Bonnefoy, etc.

Une flexion exagérée en arrière, ou extension, est fréquemment suivie d'une fracture transversale ; la 10e observation de Dupuytren nous en semble un exemple.

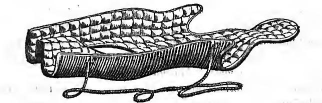
— La question étiologique étant bien démontrée, voyons quelle peut être son importance pour la réduction. La flexion forcée produit un écrasement du corps des vertèbres, un déplacement suivant l'épaisseur, nul ou peu considérable ; un déplacement suivant la longueur insignifiant ; il n'est donc pas besoin de tractions énergiques pour remédier à la déformation et à la paraplégie, si elle existe.

M. Bonnet a établi l'utilité du décubitus dorsal sur un plan résistant, *se moulant exactement sur les formes du sujet*. Le poids du corps suffit pour effacer graduellement l'angle saillant, et pour opérer le redressement de la colonne. Mieux vaut un redressement lent, obtenu par une bonne position longtemps conservée, qu'un redressement brusque, obtenu par de violentes manœuvres qui seraient certainement dangereuses dans les cas où l'écrasement du corps des vertèbres a été considérable. Quelquefois la gibbosité disparaît complétement par le décubitus dorsal, et si le traitement est poursuivi

avec persévérance, il n'en reste pas de traces; mais il peut se faire aussi qu'un certain degré de déformation persiste, ce qui n'est point un obstacle à une guérison solide et durable. Pour retirer de la réduction ainsi pratiquée tout le bénéfice qu'on est en droit d'en attendre, il faut se hâter de la mettre en usage; c'est là un point important, d'où souvent dépend tout le succès de la cure. Il me serait facile de citer des observations où la paralysie n'est survenue que deux ou trois jours après l'accident, soit que le mouvement ait augmenté le déplacement, soit que la compression ait été produite par un épanchement sanguin.

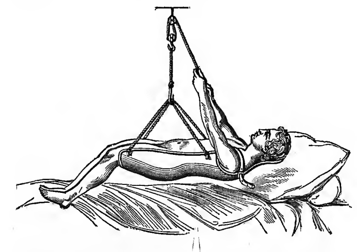
II. *De l'immobilisation, ou maintien de la réduction.* — Les conditions que réclame cette seconde période du traitement sont fort incomplétement remplies par un simple matelas, y eût-il même une planche par-dessous. Si le malade restait constamment couché sur le dos, sans faire le moindre mouvement, on pourrait attendre une bonne consolidation. Mais peut-on imposer une immobilité complète à un blessé qui souffre, qui a des besoins à satisfaire, des soins de propreté à observer; comment vous opposer aux mouvements de torsion, à ceux de latéralité. Une partie de ces reproches s'adresse aux lits mécaniques de toutes sortes, qui doivent être d'une utilité incontestable dans les fractures de la colonne. Je citerai seulement le lit de Danjou, celui de Grateron, chirurgien d'Angoulême, celui de M. Gros, de Dijon, qui a emprunté la suspension de son cadre aux appareils de M. Bonnet.

Les gouttières du chirurgien de Lyon sont, je crois, incontestablement supérieures. Ainsi que le démontrent ces figures, elles descendent jusqu'aux creux poplités et remontent jusqu'à la nuque, elles enlacent les épaules, offrent des rebords élevés qui s'opposent



aux inflexions latérales; un système de moufles permet de soulever le malade; grâce à une large échancrure, située au niveau du siége, on peut maintenir la propreté, empêcher l'urine et les matières fécales d'irriter la peau par un contact prolongé, panser et guérir les escarres développées antérieurement. Ce sont là des avantages sé-

rieux et réels ; mais, nous le répétons, on ne les obtient qu'au prix d'une gouttière modifiée suivant les circonstances, la taille ou la déformation du sujet. Si cette indispensable précaution n'est pas observée, les malades supportent mal l'appareil et ne veulent plus y rester.

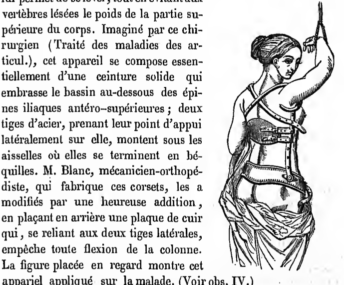


Combien de temps doit-on les y laisser? Le temps doit évidemment varier suivant l'âge du sujet, son état de santé, la gravité et l'étendue des lésions; deux mois et demi me semblent cependant une moyenne rationnelle. Au bout de ce temps, quelques malades y sont tellement habitués, qu'ils ne demandent plus à en sortir.

III. *Traitement consécutif.*—Ce n'est pas tout que de réduire et de maintenir dans une bonne position, la colonne pourrait encore s'infléchir au bout de deux ou trois mois d'immobilisation; il faut l'en empêcher. Le cal envahit plusieurs vertèbres, lors même qu'une seule a été fracturée : ce fait a été mis en lumière par de nombreuses recherches d'anatomie pathologique. Les vertèbres ankylosées par ces stalactites protectrices sont précisément celles qui exécutaient les principaux mouvements de la colonne; elles seront donc sans cesse soumises à des efforts contre lesquels elles devront résister; efforts de flexion et d'extension, efforts de torsion et de pression, tous y retentissent. Et si le cal est mou, s'il a été retardé dans son évolution, le malade court des dangers; c'est au chirurgien à consolider son œuvre et à en assurer le succès. Un mouvement brusque a suffi pour reproduire la fracture chez un malade de Dupuytren sorti prématurément. On ne saurait donc s'entourer de trop de précautions

pour s'opposer aux mouvements de la région qui est encore trop faible, et assurer la bonne conformation de l'épine.

Afin de remplir ces indications, dès que le malade est en état de sortir de la gouttière, M. Bonnet lui applique un corset-tuteur, qui lui permet de se lever, tout en évitant aux vertèbres lésées le poids de la partie supérieure du corps. Imaginé par ce chirurgien (Traité des maladies des articul.), cet appareil se compose essentiellement d'une ceinture solide qui embrasse le bassin au-dessous des épines iliaques antéro-supérieures; deux tiges d'acier, prenant leur point d'appui latéralement sur elle, montent sous les aisselles où elles se terminent en béquilles. M. Blanc, mécanicien-orthopédiste, qui fabrique ces corsets, les a modifiés par une heureuse addition, en plaçant en arrière une plaque de cuir qui, se reliant aux deux tiges latérales, empêche toute flexion de la colonne. La figure placée en regard montre cet appariel appliqué sur la malade. (Voir obs. IV.)



Dans ses expériences cadavériques, qui sont le sujet de la IV[e] observation, M. Bonnet a produit des fractures qui ne se traduisaient par aucune déformation; il fallait recourir à une autopsie minutieuse pour constater leur existence.

L'ouvrage d'Ollivier d'Angers renferme plusieurs observations dans lesquelles on voit le chirurgien diagnostiquer une commotion médullaire, à la suite d'une lésion traumatique de la colonne. L'autopsie vint démontrer qu'il y avait eu fracture. M. Bonnet croit donc avec forte raison que cet accident passe souvent inaperçu, et, guidé par ces données théoriques, il a été conduit à appliquer son corset-tuteur à des malades qui avaient été soumis à des flexions forcées, et qui avaient conservé des douleurs dans le dos, des fourmillements dans les membres inférieurs; ils avaient été traités sans succès pour un lombago, pour une myélite. Le corset produisit un excellent résultat chez deux malades placés l'année passée, sous nos yeux, dans les salles de la clinique : une femme au n° 18 de Sainte-Anne, et un homme au n° 4 de Saint-Philippe; un troisième appartient à la clientèle particulière de M. Bonnet.

Je vais citer maintenant quelques observations de fractures de la colonne, pour démontrer l'application des principes du traitement institué par M. Bonnet. Les deux premières sont une analyse des faits communiqués par M. Valette, chirurgien en chef de la Charité.

Obs. I. *Fracture de la région dorso-lombaire de la colonne vertébrale. — Paralysie immédiate de la vessie et des membres inférieurs. — Emploi des appareils de M. Bonnet. — Guérison presque complète.* — Etienne Figa, âgé de quarante ans, avait sur les épaules une balle de tabac pesant onze cents livres. Ses pieds manquèrent à la fois ; il tomba sur le siége, le corps plié en avant et écrasé par ce poids énorme. Paralysie complète des membres inférieurs, de la vessie et du rectum. M. Valette place le malade dans une large gouttière dorsale de M. Bonnet. Cessation immédiate des douleurs, qui étaient excessivement vives.

Au bout de quelques jours, la paralysie du rectum et de la vessie disparaît. Au troisième mois, la sensibilité revint. On perçoit alors manifestement une gibbosité au niveau des premières vertèbres lombaires. Cinq mois après l'accident, le malade peut marcher avec des béquilles. Revu plus tard, il marche sans appui et commence à reprendre ses travaux.

Obs. II. *Fracture de la région dorso-lombaire; paralysie complète des membres inférieurs au début*; *emploi du grand appareil de M. Bonnet*; *rétablissement complet sous le rapport de la marche.* — Rivière, âgé de quarante-cinq ans, reçoit sur le dos un poids énorme, qui le plie en deux ; on le transporte immédiatement à l'Hôtel-Dieu, février 1849. Paraplégie complète, douleurs atroces. Il est maintenu dans l'immobilité, pendant deux mois environ, dans le grand appareil pour les fractures du col du fémur de M. Bonnet. Vers le troisième mois, la sensibilité et le mouvement commencent à revenir. Au dixième mois, il va aux eaux d'Aix, et il est revenu marchant librement et sans appui. Ce malade a été revu plus tard, il travaille toute la journée au chemin de fer, sans trop de fatigue.

Obs. III. *Fracture de la région dorso-lombaire. — Paraplégie complète. — Vaste escarre.— Application de l'appareil.— Long séjour au lit. — Guérison.* — En 1854, M. Bonnefoy, médecin de Saint-Genis, fut appelé pour voir une femme de vingt-deux ans, qui, dans un accès de délire aigu, s'était précipitée du premier étage de la maison qu'elle habitait. M. Bonnefoy reconnut une fracture dorso-lombaire, avec gibbosité, paralysie complète des membres inférieurs, de la vessie et du rectum. Malgré ses conseils éclairés, la famille ne se décida à employer des moyens rationnels. qu'au bout de deux mois et demi. M. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, appelé en consultation à cette époque, trouva cette malheureuse femme dans le plus triste état. Elle croupissait dans l'urine, les matières fécales et le pus qui s'écoulait d'une vaste escarre du sacrum. Il fut résolu qu'on la placerait dans une gouttière dorsale de M. Bonnet. M. Blanc fut chargé de son application. Elle y séjourna pendant deux mois, temps durant lequel l'escarre se guérit, la propreté fut maintenue, et la paralysie disparut. Elle resta longtemps encore dans son lit, trop faible pour pouvoir marcher; enfin, la force revint, et maintenant, trois ans après l'accident, elle peut vaquer à toutes les occupations du ménage.

Les malades qui font le sujet de ces observations n'ont pu mar-

cher facilement qu'un an environ après le traitement par la gouttière ; sans doute on peut en accuser la gravité de la lésion, mais bien aussi l'imperfection des appareils ; la gouttière dorsale ne se prolongeait ni assez haut, ni assez bas, de plus on ne fit aucun traitement consécutif.

Nous allons rapporter une autre observation qui montre toutes les phases du traitement.

Obs. IV. *Fracture de la deuxième dorsale. — Traitement immédiat par la gouttière vertébrale. — Traitement consécutif par le corset-tuteur de M. Bonnet.* — Dans la nuit du 2 novembre 1856, Marie Pellin, âgée de trente ans, passant sur un viaduc sans garde-fou, fit une chute dans laquelle elle perdit connaissance. Revenue à elle, cette femme accusa une vive douleur dans la région dorso-lombaire. M. Talon, médecin du chemin de fer de Genève, appelé en toute hâte auprès de la blessée, constata une gibbosité prononcée des trois dernières dorsales et une paralysie incomplète des membres inférieurs ; il envoie chercher chez M Blanc une des grandes gouttières de M. Bonnet, et il y place la malade avec précaution. Pendant qu'on la transportait de son lit dans l'appareil, il perçoit au niveau de la gibbosité des craquements évidents. C'est dans cet appareil que la malade fut amenée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 4 novembre, salle Sainte-Anne, n° 11.

A son arrivée, le mouvement et la sensibilité commencent à revenir dans les membres inférieurs qui, cependant, sont très-faibles ; la malade y ressent des fourmillements, et y éprouve des soubresauts. La gibbosité est à peine sensible.

Le 16 novembre, plus de fourmillements ni de soubresauts. Marie Pellin reste dans la gouttière cinquante jours, au bout desquels on lui applique le corset-tuteur ; grâce à ce soutien, elle peut faire quelques pas.

Dans les premiers jours de janvier, la malade se plaint de son corset qui la blesse ; elle le quitte Le dos n'étant plus alors soutenu, la gibbosité des trois dernières dorsales devient plus prononcée, et s'accompagne d'une déviation à droite. On se hâte d'appliquer de nouveau le corset-tuteur, auquel on a fait de légères modifications. Cette fois, il est bien supporté, malgré l'énergique constriction de la plaque dorsale Aujourd'hui, 10 avril, la malade le porte encore, elle se promène dans les cours de l'hôpital, ses forces reviennent de jour en jour, la gibbosité s'efface ; elle serait satisfaite de son état, si elle n'éprouvait quelques douleurs dans les flancs, surtout lorsque les courroies sont relâchées.

Cette observation nous fait voir le traitement dans tout son ensemble ; c'est aussi celle dont le résultat a été le plus rapidement satisfaisant, et nul doute que cette femme ne recouvre l'usage complet de ses mouvements, sauf un peu de roideur au niveau du cal. L'augmentation momentanée de l'incurvation a bien prouvé, je crois, combien il était urgent d'appliquer un corset-tuteur, et de fournir un appui aux vertèbres dorsales, trop faibles encore pour soutenir le poids du tronc.

Après ces faits, qui sont capables de faire juger favorablement la méthode, nous citerons encore quatre observations de fractures de

la colonne dorso-lombaire, dont trois ont été traitées par M. Bauwers et une par M. Barrier; malheureusement, des détails précis sur l'accident et des renseignements ultérieurs nous font défaut. Cependant le malade de M. Barrier est parti au bout d'un mois, en voie de guérison. Des trois de M. Bauwers, deux, chez qui la méthode a dû rester incomplétement appliquée, ont gardé leur paraplégie; le troisième a quitté l'Hôtel-Dieu, marchant avec des béquilles.

Ces derniers faits, malgré l'absence de données positives, ont encore leur valeur; les malades ont séjourné peu de temps dans la gouttière, ils n'ont point subi de traitement consécutif, et malgré cela l'issue, loin d'être funeste, a été dans certains cas satisfaisante; ils nous permettent de conclure qu'en prenant seulement une partie de la méthode, on n'obtient qu'une partie de ses avantages.

Orthopédie physiologique ou déductions pratiques des recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les mouvements de la main et du pied.

Par M. le docteur Duchenne (de Boulogne).

Introduire dans la pratique un système d'appareils destinés à suppléer l'action individuelle et volontaire des muscles paralysés ou atrophiés, en imitant la nature, à rétablir ou à seconder les mouvements naturels, enfin à prévenir ou à combattre la déformation des articulations, en équilibrant les forces toniques qui président aux rapports normaux de leur surface, tel est le but d'une méthode d'orthopédie applicable au traitement des paralysies ou atrophies musculaires partielles, et que je propose d'appeler *orthopédie physiologique*. Cette méthode est physiologique, parce qu'elle tend, autant que possible, à imiter la nature en disposant ses organes moteurs artificiels d'après des données anatomiques exactes. On pourrait également l'appeler *gymnastique*, parce que les appareils construits d'après les principes qu'elle enseigne permettent une gymnastique naturelle, en rétablissant les mouvements physiologiques et les rapports normaux des articulations.

Quelles notions faut-il posséder pour remplir les diverses indications de l'orthopédie physiologique? C'est ce que je vais essayer d'exposer dans quelques considérations préliminaires, avant d'aborder l'étude spéciale des appareils appropriés à la paralysie ou à l'atrophie de chacun des muscles.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

§ I. *Suppléer à l'action individuelle et volontaire des muscles paralysés ou atrophiés.*

Celui qui veut obtenir artificiellement les mouvements abolis par le fait de la paralysie ou de l'atrophie d'un muscle doit connaître exactement l'action propre de ce dernier et le mécanisme des mouvements qu'il produit.

Il serait oiseux de développer cette proposition qui sera prouvée, d'ailleurs, par les considérations que j'ai à exposer dans ce paragraphe.

I. Bien que quelques tentatives aient été faites dans cette voie, cette espèce d'orthopédie me paraît à peu près tout entière à créer, car la connaissance des faits physiologiques nécessaires à son établissement date presque entièrement de mes recherches électro-physiologiques et pathologiques.

J'ai établi, en effet, qu'avant elles on ne pouvait expliquer, par exemple, le mécanisme des mouvements de la main. C'est ainsi que l'on croyait que les muscles extenseurs et fléchisseurs des doigts, qui siégent à l'avant-bras, agissent à la fois sur les trois phalanges. Mais alors ces mouvements en sens inverse d'extension des premières phalanges et de flexion des dernières, mouvements si fréquents dans les usages de la main, comme lorsqu'on écrit, par exemple, comment auraient-ils pu être produits par ces muscles, en admettant un tel antagonisme? Et puis, avec ces idées sur l'action des extenseurs et des fléchisseurs, comment aurait-on expliqué les mouvements opposés aux précédents, c'est-à-dire les mouvements simultanés de flexion des premières phalanges et d'extension des deux dernières? Il fallait donc démontrer que les interosseux et leurs congénères, les lombricaux, étaient seuls chargés de ces derniers mouvements (1).

Et pour le pied, je viens de démontrer dans un récent travail (2) que le mécanisme de la plupart des mouvements du pied sur la jambe étaient encore à trouver. Comment, par exemple, peut-on se tenir sur l'extrémité interne de l'avant-pied, alors que le triceps sural (jumeaux et solaire), ce puissant extenseur du pied, est absolument sans action sur cette partie du membre inférieur? On conçoit

(1) Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les muscles qui meuvent la main. Arch. gén. de médecine, 1852, t. XXIX.

(2) Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les muscles qui meuvent le pied sur la jambe. Arch. gén. de médecine, 1856 et 1857.

combien ce problème intéresse l'étude des phénomènes du saut, et même de la marche et de la station. Il ressort aussi de ces recherches que les mouvements qui se produisent dans les articulations du tarse et du métatarse, sous l'influence de l'action individuelle des muscles moteurs du pied sur la jambe, n'avaient pas été suffisamment étudiés. Comment, sans ces notions, se rendre un compte exact du mécanisme de la plupart de ces déformations qui ne sont, en général, que la conséquence de l'exagération de ces mouvements articulaires. (Je me réserve de rapporter, dans le cours de ce travail et en temps opportun, la solution de ces problèmes physiologiques, surtout de ceux qui auront trait aux appareils mécaniques que j'aurai à faire connaître.)

II. Mes recherches électro-physiologiques et pathologiques m'ayant donc éclairé sur l'action individuelle des muscles et sur le mécanisme d'un grand nombre de mouvements, il m'était réservé de faire servir ces connaissances spéciales à l'étude de la méthode d'orthopédie qui fait le sujet de ce travail. Cette application pratique sera pour ainsi dire le couronnement de mes recherches sur la physiologie et sur la pathologie musculaire de la main et du pied.

J'ai soumis ces études d'orthopédie physiologique au contrôle sévère de mon savant ami, M. Bouvier. Je suis heureux de reconnaître ici qu'il m'a puissamment secondé par sa longue expérience et par tous les moyens en son pouvoir. Si mon travail est un progrès, l'honneur doit lui en revenir en grande partie.

III. Voici comment j'ai été conduit à rétablir ou à seconder l'action musculaire abolie par le fait de la paralysie ou de l'atrophie d'un ou de plusieurs muscles. Désirant me rendre parfaitement compte du mécanisme des mouvements articulaires, j'avais construit un pied et une jambe de squelette, de manière à en obtenir, à l'aide de muscles artificiels disposés comme dans la nature, les mouvements individuels des muscles.

Comparant ces mouvements partiels à ceux qui sont produits par les appareils orthopédiques répandus dans la pratique, je remarquai qu'avec ces derniers on ne pouvait obtenir les mouvements articulaires composés du tarse et du métatarse, dus à l'action individuelle des muscles, et que ces mouvements articulaires ne pouvaient être produits qu'après avoir fixé les moteurs artificiels exactement aux points d'attaches anatomiques.

L'idée me vint alors de revêtir ce pied d'une guêtre en coutil, aussi juste que possible, et de me servir de cette guêtre pour fixer sur elle mes muscles artificiels, au niveau des attaches osseuses des

muscles naturels. Lorsque j'exerçai alors une traction sur ces muscles artificiels attachés supérieurement à la jambe dans les points anatomiques, j'eus le bonheur de voir se produire les mouvements multiples des articulations du tarse et du métatarse, tout à fait semblables à ceux qui sont produits par les muscles attachés aux os.

Je vais citer un exemple, afin de me faire mieux comprendre. J'ai démontré dans mes recherches électro-physiologiques que le long péronier latéral (que j'appelle extenseur abducteur) abaisse puissamment l'extrémité antérieure du premier métatarsien, en faisant mouvoir celui-ci sur le premier cunéiforme et ce dernier sur le scaphoïde, qui s'abaisse à son tour sur l'astragale. Eh bien, j'obtenais ces mêmes mouvements en attachant le long péronier latéral sur la guêtre, au niveau de la partie inférieure et postérieure du premier métatarsien, aussi bien que si ce muscle eût été fixé à l'os lui-même.

Ce fait étant bien établi, il m'était permis d'espérer que je pourrais produire ces mêmes mouvements chez les vivants atteints de paralysies partielles des muscles moteurs du pied, en employant les mêmes moyens, c'est-à-dire en recouvrant le pied du malade d'une guêtre sur laquelle j'attachais des tendons artificiels au niveau des points anatomiques. Mes prévisions ont été entièrement réalisées.

Je fis des expériences analogues sur une main de squelette sur laquelle, à l'aide de muscles artificiels disposés comme dans la nature, j'avais produit des mouvements isolés, propres aux interosseux, aux extenseurs, aux fléchisseurs des doigts, aux muscles moteurs du pouce, ou leurs mouvements combinés (j'imitais aussi sur cette main toutes les paralysies partielles). Ayant coiffé cette main d'un gant, sur lequel des tendons artificiels attachés au niveau des points anatomiques glissaient dans des coulisses et allaient se terminer au-dessus du poignet, je produisis ces mouvements aussi bien que si ces tendons eussent été attachés aux os. Avec ces mêmes gants appliqués à des cas de paralysies partielles, je pus rétablir, comme dans les paralysies partielles du pied, l'action musculaire abolie.

IV. J'ai dit au commencement de ce paragraphe que la pratique de cette méthode d'orthopédie exigeait des connaissances exactes sur l'action propre des muscles et sur le mécanisme des mouvements qu'ils produisent; je n'ai pas cru qu'il fût nécessaire de le prouver; les considérations que je viens d'exposer le démontreraient au besoin.

J'aurais dû ajouter qu'il est aussi nécessaire de bien connaître les combinaisons musculaires, les contractions synergiques, en vertu desquelles s'accomplissent les mouvements fonctionnels; car, je n'ai pas besoin de le démontrer, la contraction isolée d'un muscle n'est

pas dans la nature, cette action isolée ne produisant que des mouvements pathologiques et des difformités. La connaissance de ces contractions synergiques est utile quand on veut équilibrer les forces artificielles qu'on emploie.

Mais ce qui n'intéresse pas moins l'application de ce genre d'appareils, c'est le diagnostic exact de la localisation de l'affection musculaire; ce n'est point ici le lieu de développer cette proposition sur laquelle je reviendrai dans l'étude spéciale des appareils.

§ II. *Rétablir ou faciliter les mouvements naturels.*

Les appareils orthopédiques les plus usités sont construits de manière que les mouvements articulaires sont condamnés, en général. Est-il besoin de faire ressortir les inconvénients d'un tel système? Je n'emploie que des appareils à force élastique qui se rattachent aux tendons artificiels dont il vient d'être question dans les considérations précédentes.

I. Dès l'origine de l'orthopédie, la force élastique fut employée comme moyen prothétique par Delacroix, qui ne l'appliqua qu'à un appareil destiné à remplacer les extenseurs des doigts. Cet appareil est décrit dans l'article *Orthopédie* du Dictionnaire des sciences médicales et dans le Traité des bandages de Gerdy, qui conseillait aussi ce système d'appareils contre la paralysie des fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras et du pied sur la jambe.

Mellet, auteur d'un Manuel d'orthopédie, a également décrit un appareil analogue à celui de Delacroix, sans citer l'inventeur, qu'il n'a fait que copier malheureusement. La seule idée originale qui lui appartienne, c'est celle de l'emploi, dans quelques cas, du *caoutchouc*, en place des ressorts métalliques qui jusqu'alors avaient été en usage (1).

Enfin, en 1851, un praticien distingué, M. Rigal de Gaillac, a essayé de nouveau de vulgariser les appareils à force élastique dans la pratique orthopédique.

Malgré ces essais divers, les appareils à forces élastiques ne se sont pas répandus dans la pratique générale de l'orthopédie. Cependant ce système d'appareils n'offre pas seulement un moyen prothétique, il agit encore comme moyen gymnastique, et doit, à ce titre, concourir à la guérison de la lésion musculaire.

II. Comment donc expliquer cette indifférence des auteurs et des praticiens en général, pour les appareils à force élastique?

(1) « On met sur un gant léger un ressort à boudin.., ou une bande de tissu ou de *caoutchouc*. » Manuel d'orthopédie 1844, p. 256.

C'est qu'il ne suffit pas, pour obtenir un mouvement régulier, de posséder une force capable de le produire, il faut encore en bien connaître le mécanisme. Or, avec les idées qui, depuis Galien, règnent, en général, sur le mécanisme de l'action des muscles pendant l'exercice des mouvements volontaires, il est impossible de se rendre compte du mécanisme des mouvements qui doivent résulter de l'action des ressorts destinés à remplacer les muscles paralysés.

III. Le célèbre médecin de Bergame professait, en effet, que pendant les mouvements volontaires certains muscles se contractent, tandis que leurs antagonistes restent inactifs. Voici un passage dans lequel il exprime très-nettement cette opinion : « Le muscle contracté attire donc vers soi, tandis que le muscle relâché est attiré conjointement avec la partie; pour cette raison, les deux muscles se *meuvent* pendant l'accomplissement de chacun des deux mouvements, mais ils *n'agissent* pas tous les deux, car *l'activité* consiste dans la tension de la partie qui se meut, et non pas dans l'action d'obéir ; or, un muscle obéit quand il est transporté *inactif*, comme le serait toute autre partie du membre [1]. » Les antagonistes seraient donc seulement passifs, inactifs, pendant les mouvements physiologiques. Galien dit, dans un autre passage, que ces muscles n'interviennent activement et concurremment avec d'autres muscles que pour maintenir les positions fixes.

IV. Si cette doctrine sur le mécanisme de l'action musculaire, qui s'est propagée de siècle en siècle jusqu'à nos jours, était fondée, les appareils orthopédiques à force élastique seraient inapplicables. En effet, s'il est vrai qu'au moment où se produit un mouvement volontaire les muscles antagonistes de ce mouvement restent inactifs, toute force élastique artificielle (ressort métallique ou caoutchouc vulcanisé) destinée à remplacer l'action d'un muscle paralysé ne peut produire qu'un mouvement brusque et toujours identique, à moins, toutefois, que la volonté n'intervienne pour contracter les muscles antagonistes de la force artificielle et pour les relâcher ensuite graduellement, phénomène psychique qu'il ne faut pas confondre avec ce qui se passe ordinairement dans les muscles antagonistes, pendant l'exercice des mouvements volontaires. Supposons, par exemple, que les fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras étant paralysés, tandis que le triceps brachial est sain, supposons, dis-je, qu'un ressort, dont les extrémités sont fixées au bras et à l'avant-bras, maintienne alors celui-ci fléchi. Lorsque, dans ce cas, le sujet voudra

[1] *De usu partium.* Traduction de M. Daremberg, 1856.

fléchir l'avant-bras après l'avoir étendu, son triceps se relâchera, tombera dans l'inaction, et le ressort ramènera brusquement et complétement l'avant-bras dans la flexion. De quelle utilité peuvent être alors de tels moyens orthopédiques, surtout pour les grands mouvements. Si l'on avait à obtenir artificiellement par ces moyens l'extension de la jambe sur la cuisse, ce mouvement ne se produirait que brusquement, comme on l'observe dans certaines affections des membres inférieurs où la coordination des mouvements est abolie. La flexion de l'avant-bras sur le bras exécutée de la même manière ne permettrait pas à la main d'atteindre sûrement les objets qu'elle voudrait saisir. On produirait des phénomènes analogues dans tous les cas où l'on remplacerait les muscles par une force élastique artificielle.

V. Mais heureusement les choses se passent différemment, car les sujets chez lesquels on remplace, par une force élastique, les muscles paralysés dont les antagonistes ont conservé plus ou moins leur action, peuvent étendre et fléchir le membre lésé, ou graduellement, ou plus ou moins brusquement et par fractions, de telle sorte qu'ils atteignent leur but presque aussi sûrement que s'ils possédaient tous leurs muscles.

Ce n'est point le résultat d'une sorte d'éducation qui consisterait à relâcher le muscle antagoniste après l'avoir contracté volontairement. En effet, ces sujets (les enfants comme les adultes) exercent facilement cette fonction la première fois que l'appareil leur est appliqué, Dans ces cas, c'est la force élastique artificielle qui produit le mouvement; mais c'est aussi la résistance synergique des muscles qui les conduit en les modérant. Voici comment je me suis assuré de ce fait. Chez les individus affectés de paralysie des fléchisseurs de l'avant-bras et dont il vient d'être question, j'étendis l'avant-bras sur le bras, sans que leur volonté intervînt, puis l'abandonnant tout à coup à lui-même, la flexion se fit brusquement; ce qui prouva que la force du ressort était supérieure à la puissance tonique du triceps brachial. Après avoir étendu de nouveau l'avant-bras, j'engageai les sujets à le fléchir rapidement par moitié, ou lentement et graduellement, et ils purent exécuter immédiatement ces différents mouvements comme je le leur avais commandé. Il me paraît évident que dans cette expérience le triceps brachial est sorti de l'état de repos au moment de la flexion volontaire, c'est-à-dire qu'il s'est tout à coup contracté (ce que je constatai, du reste, par le toucher), et qu'il s'est ensuite relâché pour modérer la force élastique au gré de la volonté du sujet.

VI. Les faits précédents me paraissent démontrer le peu de fondement de la doctrine de l'inaction des muscles antagonistes pendant l'exercice des mouvements volontaires ; ils démontrent, au contraire, que ces mouvements sont le résultat d'une double action nerveuse qui provoque, d'une part, la contraction des muscles qui les produisent, et, de l'autre, la contraction immédiatement suivie du relâchement proportionnel et parallèle des muscles dits antagonistes qui les modèrent et les rendent ainsi plus sûrs.

En présence de ces faits, la théorie du repos alternatif des muscles pendant les mouvements volontaires ne me semble pas fondée ; on ne peut plus dire, par exemple, que pendant la marche les muscles fléchisseurs et extenseurs sont alternativement en repos.

VII. Sans entrer dans l'exposé historique des diverses opinions qui depuis Galien ont été émises sur le mécanisme de l'action musculaire volontaire, je dois dire cependant que Winslow, le premier, a attribué aux muscles antagonistes, qu'il désigne sous la dénomination heureuse de *modérateurs*, une part active dans les mouvements volontaires produits par les muscles qui conduisent le mouvement à la situation fixe ou à une attitude déterminée, et qu'il appelle *principaux moteurs* (Voy. son Traité des muscles, p. 166, nº 43). Cette doctrine de Winslow avait besoin d'être démontrée; car bien que depuis cet illustre anatomiste elle ait été professée par quelques physiologistes, elle n'eut pas cours dans la science et fut bientôt oubliée, à ce point que l'on n'en retrouve plus de traces dans les ouvrages classiques modernes. Winslow, d'ailleurs, n'accordait aux muscles antagonistes qu'une action secondaire pendant les mouvements volontaires. Je leur fais une part beaucoup plus grande; je crois que la puissance de leur action est parallèle à celle des muscles producteurs du mouvement.

VIII. C'est par l'étude des phénomènes que je viens d'exposer qu'auraient dû commencer ceux qui se sont occupés de l'application à l'orthopédie des appareils à force élastique, non-seulement pour mieux comprendre leur mécanisme, mais aussi pour bien déterminer l'opportunité de leur application. Je vais essayer de le démontrer.

Il existe un certain nombre d'affections paralytiques, dans lesquelles ces appareils ne peuvent produire de résultats satisfaisants. Ce sont principalement les paralysies compliquées de contractures spasmodiques. On sait, en effet, que dans l'hémiplégie de cause cérébrale, des contractures apparaissent à une certaine époque de la maladie, par exemple, dans les fléchisseurs du poignet et des doigts; ces

contractures augmentent ou n'apparaissent spasmodiquement que pendant l'exercice de mouvements volontaires ou sous l'influence d'une impression quelconque, alors même que les mouvements sont en partie revenus dans les extenseurs. Ainsi, le malade veut-il ouvrir la main ou relever le poignet du côté paralysé, on voit les fléchisseurs se contracter violemment malgré lui, ou neutraliser la contraction des extenseurs. Des phénomènes analogues se produisent quelquefois dans un très-grand nombre de muscles, toutes les fois que le sujet veut faire un mouvement quelconque. Ces contractions spasmodiques involontaires ont été attribuées par Marshal Hall à une action reflexe de la moelle devenue, selon lui, très-excitable. Je crois qu'en outre le cerveau a perdu la faculté de localiser ses excitations en vertu desquelles telle ou telle fonction peut s'accomplir. Peu importe, pour le moment, l'exactitude de ces théories ou de ces doctrines; le fait n'en est pas moins réel et fâcheux pour le jeu des appareils à force élastique. Lorsqu'en effet vous venez en aide avec une force élastique à tel ou tel muscle affaibli ou paralysé, il est évident que si, au moment de l'extension volontaire, les muscles antagonistes de ce mouvement, au lieu de se relâcher physiologiquement après être entrés en action, se contracturent plus ou moins spasmodiquement, l'action de l'extenseur artificiel sera ou gênée ou neutralisée.

IX. Ces contractions spasmodiques reflexes n'ont heureusement pas lieu dans les paralysies que j'ai appelées atrophiques graisseuses de l'enfance, maladie très-fréquente. Elles n'ont pas lieu non plus dans la paralysie traumatique des nerfs, dans les paralysies saturnines, rhumatismales, toutes affections dans lesquelles les appareils à force élastique peuvent être employés avec avantage.

Est-il besoin de dire que ces appareils sont inapplicables dans les cas où il existe une rétraction musculaire qu'il faut, avant tout, guérir ou combattre par des moyens spéciaux?

X. C'est peut-être pour avoir été souvent appliqués d'une manière inopportune que les appareils à force élastique n'ont pas produit les heureux résultats qu'on en attendait.

Mais on ne pourrait déterminer les cas dans lesquels on peut recourir à ces appareils sans connaître exactement leur mécanisme; et ce mécanisme ne saurait être bien compris sans l'étude des phénomènes en vertu desquels a lieu tout mouvement physiologique, phénomènes que je viens d'exposer et qui se trouvent en contradiction avec les idées généralement enseignées aujourd'hui.

XI. Je terminerai ce paragraphe par quelques considérations gé-

nérales pratiques. On s'est servi primitivement de lames métalliques, de ressorts à boudin, dans la construction des appareils à force élastique. Dans ces dernières années, M. Rigal a expérimenté sur une grande échelle le caoutchouc conseillé antérieurement par Mellet. Je me suis servi, comparativement, de ressorts à boudin et en caoutchouc vulcanisé. Après une longue expérimentation, j'ai dû y renoncer, entre autres raisons, pour les suivantes : 1° les ressorts en caoutchouc vulcanisé se modifient tellement sous l'influence de la température, qu'il est impossible de régler la force de ces appareils, qui exigent assez de précision; 2° ces ressorts, quelle que soit leur qualité, se cassent ou doivent être renouvelés trop souvent. J'ai dû, en conséquence, les abandonner presque complétement, n'y ayant recours que dans les cas très-restreints où je dois faire subir à la force élastique que j'ai à employer une élongation considérable. Je leur ai préféré les ressorts métalliques à boudin qui n'offrent aucun de ces inconvénients. Ces ressorts métalliques peuvent subir une élongation du tiers de leur longueur, ce qui me suffit toujours, comme on le verra par la suite; sous un moindre volume, ils jouissent d'une plus grande puissance.

XII. Je place, en général, les moteurs élastiques dans les points occupés par les corps charnus des muscles paralysés en leur donnant la même direction. Cependant il m'arrive quelquefois de m'écarter de ce principe, comme pour mes appareils de la main dans lesquels les moteurs élastiques des interosseux sont situés à l'avant-bras. Cette modification volontaire des dispositions anatomiques ne trouble en rien le mécanisme des mouvements propres des muscles dont on veut remplacer l'action, pourvu que les tendons artificiels conservent leur attache et leur direction normale.

§ III. *Prévenir ou combattre les déformations des articulations en équilibrant les forces toniques qui président aux rapports normaux de leurs surfaces.*

I. On sait que, consécutivement aux paralysies ou atrophies musculaires partielles des membres, on voit survenir non-seulement des contractures dans les muscles sains, dont l'action n'est plus modérée par leurs antagonistes, mais aussi des déformations articulaires plus ou moins considérables. On sait que les surfaces de ces articulations perdent leurs rapports normaux et se subluxent, à la longue; que les ligaments se rétractent dans un sens et s'allongent dans le sens opposé, d'une manière vicieuse et de telle sorte qu'ils occasionnent de fausses ankyloses, par le fait de l'immobilité des articu-

lations. Enfin, la forme du membre où siégent ces articulations déformées s'en trouve plus ou moins altérée, à ce point que l'usage en est quelquefois compromis. (J'aurai l'occasion de revenir sur ces cas particuliers dans le cours de ce travail.)

Mes recherches électro-physiologiques et pathologiques m'ont fait trouver la clef du mécanisme de ces difformités, qui ne sont que l'exagération de l'action propre des muscles intacts.

II. Opposez à cette action exagérée des muscles sains l'action propre de mes muscles artificiels qui, ainsi que je l'ai démontré précédemment, imitent parfaitement la nature, et vous préviendrez, guérirez ou améliorerez les déformations articulaires consécutives aux paralysies musculaires partielles.

Cette propriété spéciale des appareils d'orthopédie physiologique est un de leurs plus précieux avantages, et l'on ne peut en général l'obtenir avec les autres appareils, parce qu'il faut, pour atteindre ce résultat, que la force employée agisse exactement comme dans la nature. Pour ne pas anticiper sur les faits que j'ai à exposer, je choisirai, comme exemple, la paralysie d'un muscle dont j'ai déjà parlé, la paralysie du long péronier latéral (affection non encore décrite et que j'ai fait connaître dans mes recherches tibio physiologiques sur le pied).

Connaissant l'action propre de ce muscle et de son antagoniste, le jambier intérieur, on prévoit que consécutivement à la paralysie de ce muscle, outre la production immédiate d'un varus [1], on voit le diamètre transversal de l'avant-pied s'élargir par l'écartement des cunéiformes, à leur face plantaire ; les os du bord interne de l'avant-pied se mouvoir de bas en haut dans leurs articulations et rester fixes dans cette situation ; enfin, la voûte plantaire disparaître, et consécutivement un pied plat se former. — Il n'y a évidemment que le long péronier latéral artificiel, imitant parfaitement la nature, qui puisse combattre cette déformation.

III. La nature a été si prévoyante dans le choix des points d'attaches tendineuses inférieures, que l'on ne peut s'en écarter sans troubler le plus ordinairement les mouvements articulaires et sans occasionner des déformations.

Il m'est arrivé, par exemple, de fixer le long péronier latéral artificiel dans un point plus ou moins rapproché de l'extrémité antérieure du premier métatarsien, pour abaisser plus puissamment

(1) J'ai démontré qu'à la longue ce varus se changeait en valgus (Voyez mes recherches sur le pied.) Je reviendrai sur ce fait important à l'occasion de l'appareil propre à la lésion du long péronier latéral.

cette extrémité. J'ai vu alors ce premier métatarsien se subluxer sur le premier cunéiforme, au point que l'extrémité antérieure de ce dernier faisait, sur la face dorsale du pied, une saillie qui, dans la chaussure, occasionnait une pression douloureuse de la peau. C'est que la nature, en attachant ce tendon à la partie postérieure et inférieure du premier métatarsion, a voulu abaisser à la fois et avec une égale puissance le premier métartasien, le premier cunéiforme et le scaphoïde; c'est qu'en plaçant cette attache trop près de l'extrémité antérieure du premier métatarsien, l'action s'exerce plus puissamment sur cet os et beaucoup moins sur les autres.

IV. On ne saurait appliquer trop tôt ces appareils, comme moyen préventif des déformations articulaires, dans les paralysies atrophiques graisseuses de l'enfance, surtout dans celles des muscles moteurs du pied, car ces déformations se développent d'une manière insidieuse. Ainsi, supposez que chez un enfant les mouvements soient entièrement abolis; après un certain temps vous voyez le pied se déformer graduellement, même avant le retour de tout mouvement appréciable (signe certain que certains muscles sont moins lésés et qu'ils doivent bientôt recouvrer plus ou moins leur nutrition et leur mouvement).

Si l'on n'intervient pas alors, à temps, avec un appareil d'orthopédie physiologique pour équilibrer les forces toniques qui maintiennent les surfaces articulaires dans leurs rapports normaux, les déformations articulaires arrivent bientôt à un tel degré qu'il est difficile et même, dans certains cas, impossible (j'en rapporterai un exemple) de maintenir solidement le pied dans les appareils les plus ingénieusement combinés.

V. En présence de ces faits, j'ai écrit en terminant mes recherches électro-physiologiques sur le pied : *Il vaut mieux avoir perdu tous les muscles moteurs du pied sur la jambe que d'en conserver un certain nombre.* C'est qu'en effet, ainsi que je l'ai prouvé dans ce travail, malgré la perte de tous ses muscles moteurs, non-seulement le pied conserve sa forme presque normale, mais encore le sujet n'en éprouve pas un très-grand trouble dans la marche et la station (¹).

On peut, d'ailleurs, dans ce cas, assurer la solidité du pied et lui donner une attitude favorable à la marche, à l'aide d'un appareil à force élastique, qui permet le jeu de l'articulation tibio-astragalienne (²).

(¹) Voyez Etude du mécanisme du second temps de la marche. Union médicale, 1856, p. 438.

(²) Cet appareil sera décrit dans le cours de ce travail.

VI. Les appareils physiologiques améliorent et guérissent quelquefois toutes les roideurs articulaires, les fausses ankiloses produites par l'immobilité absolue d'un membre, consécutivement à une paralysie partielle ou à toute autre cause.

On pourrait certainement, comme dans les appareils usuels destinés à combattre les contractures musculaires, mettre en action une force fixe ; mais l'expérience, ainsi que j'aurai l'occasion de le démontrer par la suite, m'a appris qu'une puissance élastique continue agit surtout pendant le sommeil, à la manière de la force douce et incessante de la tonicité musculaire, qu'elle surmonte ces résistances ligamenteuses beaucoup plus sûrement que par la force brutale des appareils fixes, et cela sans occasionner de douleurs ou sans exposer l'articulation. (*La suite au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouvelles remarques sur les pyrophosphates et métaphosphates de fer.

Lorsqu'un agent thérapeutique apparaît, rarement les auteurs qui le produisent rappellent les essais qui ont précédé leurs tentatives. Cette mention, qui constituerait cependant un acte de justice, serait la meilleure manière de fixer l'attention des médecins sur le médicament proposé. Nous cherchons pour notre part à combler ces lacunes, et nous voyons avec regret que ce travail ingrat est, en général, fort mal jugé. Les promoteurs des nouveaux agents, au lieu de reconnaître dans cet apport un appui efficace au but qu'ils poursuivent, n'y voient qu'un désir d'atténuer le mérite de leur initiative. C'est ce que M. Robiquet a pensé un instant, à propos des remarques dont nous avons fait suivre la publication de sa note lue à l'Académie de médecine.

Cet honorable pharmacien nous fait observer qu'il n'y a pas de parité entre le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal et le pyrophosphate ferrico-sodique : oui ! au point de vue de la composition chimique, mais au point de vue des propriétés thérapeutiques ? Notre auteur oublie le titre de notre publication ; il oublie aussi que nous écrivons pour des médecins.

M. Robiquet ajoute que puisque nous abordions la question historique du pyrophosphate ferrico-sodique, nous aurions dû citer les recherches de M. Persoz, auquel revient l'honneur de l'initiative. Nous ne nous piquons pas de posséder sur les travaux des nom-

beux agents chimiques des notions tellement précises qu'il nous soit possible, lorsque nous sommes appelé, *ex abrupto*, à en tracer l'historique, de ne pas omettre des documents importants, surtout lorsque ces documents se trouvent perdus au milieu de considérations ayant pour but l'étude chimique du nouvel agent et ses applications aux usages industriels. On nous rend toutefois service en nous signalant les lacunes involontaires que nous avons commises à cet égard, et nous nous empressons de réparer notre oubli. Voici, en effet, un passage d'un mémoire publié en 1847, dans les *Annales de physique et de chimie*, qui marque les droits de M. Persoz à la priorité de l'indication de l'emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer et de soude.

« Les pyrophosphates doubles nous semblent aussi appelés à jouer un rôle important dans l'art de guérir. On ne peut, à coup sûr, contester les effets thérapeutiques des préparations ferrugineuses, et avec un peu d'attention on reconnaît bientôt que celles-là ont joui jusqu'ici de la plus grande faveur, dans lesquelles le fer est masqué (tartrate double). Or, si l'on considère, d'une part, que l'acide tartrique masque moins bien l'oxyde ferrique que l'acide pyrophosphorique; d'une autre part, que ce dernier, saturé d'oxygène, n'en peut plus absorber durant son trajet dans les voies circulatoires (Millon); d'une autre enfin, que les principes constituants du pyrophosphate ferrico-sodique se rencontrent dans l'organisme, et que l'oxyde ferrique est un agent oxydant, n'est-il pas permis de penser qu'en vertu de ces propriétés les pyrophosphates doubles pourront recevoir un jour, en médecine, d'utiles applications ? C'est aux hommes de l'art et aux physiologistes qu'il appartient de prononcer dans ces graves questions. En attendant, et pour les guider dans les essais qu'ils voudront tenter, nous leur dirons que nous avons pris en une seule fois et sans en être le moins du monde incommodé, une dissolution de pyrophosphate ferrico-sodique, formée de 2,05 de sulfate ferreux, préalablement oxydé, et qu'une jeune fille de treize ans, qui en boit journellement depuis quinze jours, a trouvé dans ce régime, avec un appétit plus soutenu, une augmentation de force et de fraîcheur. Voici la composition de l'eau qu'elle prend : on introduit 32 grammes, 5 de. sulfate ferreux cristallisé dans une capsule de porcelaine, avec 5 grammes d'acide sulfurique, 30 grammes d'eau ordinaire et la quantité d'eau régale nécessaire pour oxyder le fer et faire passer celui-ci à l'état d'oxyde ferrique; on évapore la liqueur à siccité, afin d'expulser l'excès d'acide; on traite alors le résidu par l'eau, de manière à avoir un litre de liquide; puis, après

avoir dissous 107 à 110 grammes de pyrophosphate sodique cristallisé dans un litre d'eau, on mélange les deux liqueurs, et si le sulfate ferrique a été convenablement préparé, la dernière, ajoutée à la première, précipite celle-ci et redissout complétement ce précipité.

« Chaque litre d'eau renferme ainsi une quantité de fer représentée par 16gr.,25 de sulfate ferreux.

« Mélangée à de l'eau de pluie ou distillée, cette eau ne se trouble pas; mais comme elle est légèrement alcaline, elle devient lactescente, si celle avec laquelle on l'étend contient des sels calcaires. » (Persoz, *Note sur les pyrophosphates doubles*, Annales de chimie et de physique, t. XX, p. 327, 1847.)

Il reste toujours à M. Leras le mérite d'avoir étudié l'action du suc gastrique sur les diverses préparations ferrugineuses et d'avoir été conduit par la non-précipitation du pyrophosphate ferrico-sodique à provoquer de nombreuses expérimentations cliniques. Dans ses divers mémoires M. Leras n'a pas revendiqué, que nous sachions, la priorité de l'emploi du pyrophosphate; il s'est borné à mettre en relief une notion iatrochimique qu'il a cru importante.

M. Robiquet, nous l'avons dit, nous faisait remarquer que dans le pyrophosphate de fer citro-ammonique l'élément métallique dominait, puis il ajoutait que nous avions été induit en erreur quant à l'insuffisance des indications qu'il avait fournies pour sa préparation. Quand une question intéresse les progrès de la thérapeutique, M. Soubeiran ne nous a jamais refusé son précieux concours. Nous lui avons donc soumis le point en litige entre M. Robiquet et nous. La note suivante de notre savant collaborateur prouvera que nos réserves n'étaient pas sans fondement.

« L'expérience a prouvé que le pyrophosphate de fer est actif, et de plus qu'il faut le classer parmi les ferrugineux qui, exerçant peu d'effets locaux, vont bien aux malades dont les organes digestifs supportent mal les préparations ordinaires du fer. Y a-t-il des cas où le pyrophosphate ait montré une action spéciale qui le distinguerait des autres ferrugineux? Y a-t-il des motifs qui doivent le faire préférer aux autres composés qui, ainsi que lui, n'ont pas la saveur atramentaire, tels que le sulfate ferrique albumineux de M. Lassaigne, ou les tartrates et citrates ferrico-potassique ou ammonique? Je ne sache pas qu'aucune expérience puisse faire encore admettre une telle proposition.

« Le pyrophosphate de fer n'est pas un médicament nouveau. J'ai rapporté les formules connues dans mon Traité de pharmacie; seu-

lement, sur le conseil de M. Leras, autant qu'il m'en souvienne, j'ai modifié la formule du sirop en abaissant la proportion du pyrophosphate de soude, que j'emploie cristallisé à dose quadruple seulement du sulfate de fer. Alors la saveur propre des sels est tout à fait effacée dans le sirop et celui-ci reste peu coloré. Sous ces deux rapports le nouveau sirop de M. Robiquet n'a aucun avantage sur le sirop connu.

« Je ne mets pas en doute que le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal vaille, comme effet, le pyrophosphate double de fer et de soude ; mais était-il nécessaire de faire ce nouveau médicament ? Comme sirop, non sans doute ; comme sel séparé, peut-être.

« Dans la note que M. Robiquet a publiée, il n'a pas donné les indications suffisantes pour que l'on puisse répéter son procédé, puisque le pyrophosphate de fer ne se dissout pas dans le citrate d'ammoniaque ; il faut que celui-ci soit avec excès de base, ainsi que M. Robiquet a eu la complaisance de me l'indiquer depuis.

« J'obtiens toujours un sel soluble en employant les proportions suivantes :

Sulfate ferrique, 1 p.	5,000
Pyrophosphate de soude, 3 p.	4,922
Acide citrique, 1 p.	2,615
Ammoniaque	Q. S.

« J'opère comme il a été dit par M. Robiquet ; seulement j'ajoute assez d'ammoniaque pour que le citrate soit fortement alcalin, et j'évapore la liqueur à l'étuve. Le sel que j'obtiens contient 18 pour 100 de fer ; il est parfaitement soluble dans l'eau ; il est sans saveur, mais il est coloré et ne ressemble pas à celui de M. Robiquet.

« S'il venait à être reconnu que le pyrophosphate de fer eût quelques avantages d'action que ne posséderaient pas d'autres sels de fer, il n'y aurait pas de raison pour changer la préparation connue du sirop de pyrophosphate ; mais si des médecins voulaient employer le pyrophosphate sous une autre forme que celle de sirop, le pyrophosphate citro-ammoniacal leur offrirait l'avantage de la solubilité ; car si l'on peut obtenir la dissolution du pyrophosphate de fer dans diverses liqueurs salines et ammoniacales, il reprend son insolubilité par la dessiccation ; la spécialité d'action du citrate et sans doute du tartrate est de lui conserver sa solubilité après l'évaporation. »

Enfin, puisque nous sommes conduit à revenir sur la question des pyrophosphates de fer, nous compléterons nos documents à cet égard

en rappelant le travail d'un pharmacien anglais, M. Greenish, sur le pyrophosphate acide, ou métaphosphate de fer.

Il existe trois espèces d'acides phosphoriques : 1° acide phosphorique, 2° acide pyrophosphorique, 3° acide métaphosphorique, d'où trois espèces de sels, et, par conséquent, pour parler seulement de ceux à base de fer, un phosphate, un pyrophosphate et un métaphosphate de fer. Le phosphate est peu employé en thérapeutique. Nous venons de rappeler les travaux de MM. Persoz, Leras, Soubeiran, Robiquet, en ce qui concerne les pyrophosphates ferrico-sodique et citro-ammonique. Il nous reste à dire un mot du métaphosphate de fer. Voici l'analyse de la note publiée par M. Greenish dans le Pharmaceutical-Journal, analyse que nous devons à M. Buignet :

« Le phosphate acide de fer est un sel qui paraît très-employé aujourd'hui à Londres et dans plusieurs parties de l'Angleterre, et qui semble, en effet, offrir de grands avantages dans son emploi. Il présente cette particularité remarquable d'être soluble en toutes proportions dans l'eau et d'être dépourvu cependant de la saveur d'encre désagréable qui appartient aux sels solubles de fer.

« Le moyen de l'obtenir est très-simple : on fait chauffer une dissolution d'acide métaphosphorique et on y ajoute autant de phosphate de fer neutre qu'elle peut en dissoudre à l'ébullition. La solution qu'on obtient ainsi est verdâtre ou demi-transparente et couleur ardoise. Exposée à l'air, elle se solidifie avec le temps, non pas en prenant une forme cristalline, mais en prenant une consistance pilulaire. En lui ajoutant de suite de la poudre de réglisse, on peut lui donner immédiatement la consistance pilulaire et la mettre en pilules.

« M. Greenish, qui a porté ces faits à la connaissance de la Société pharmaceutique de Londres, a également donné la formule d'un sirop préparé avec ce sel et qui en renferme 2 grammes par once. » (Buignet, Journal de Pharmacie, 3e série, t. XX, p. 128, 1851.)

M. Robiquet, qui a étudié avec soin cette question, pense que l'acide métaphosphorique, qu'on est obligé d'ajouter en excès pour rendre la préparation soluble, n'est pas sans dangers pour l'économie. Nous ferons remarquer à notre laborieux chimiste que s'il avait eu le texte anglais sous les yeux, il se fût convaincu que l'expérience s'était prononcée à cet égard. M. Greenish dit en effet que le nouvel agent thérapeutique a été introduit dans la pratique par le docteur Routh, et comme il est prescrit par un grand nombre de médecins, il croit devoir appeler l'attention de la Société

sur le mode de préparation de ce sel, qui n'est pas généralement connu. On voit même par cette note que la formule du sirop appartient seule à ce pharmacien, et que le mode de préparation du sel est emprunté à un mémoire du docteur Routh. Il nous a été impossible de nous procurer ce travail.

Tels sont les documents que nous avons pu rassembler. A supposer qu'ils ne soient pas encore complets, ils suffiront toutefois pour que nos lecteurs lisent avec intérêt le rapport de la Commission de l'Académie chargée de formuler la valeur thérapeutique des pyrophosphates de fer. Du reste, M. Robiquet a eu l'obligeance de mettre à notre disposition une certaine quantité de ses préparations de pyrophosphate citro-ammoniaque, et nous serons heureux de pouvoir alors contribuer pour notre part à la solution de la question.

DEBOUT.

Liqueur de quinquina pour remplacer le vin de quinquina.

Le prix élevé des vins et la difficulté que l'on éprouve à en avoir de bons m'ont fait penser qu'il ne serait peut-être pas inutile de soumettre à l'appréciation des médecins et des pharmaciens la formule d'une liqueur, que je crois de nature à remplacer avantageusement le vin de quinquina.

Les raisons sur lesquelles je m'appuie pour faire cette proposition sont les suivantes : un liquide alcoolique, contenant la quantité d'alcool renfermée dans les vins et qui peut se conserver pendant très-longtemps au contact de l'air, doit avoir un pouvoir dissolvant au moins égal au pouvoir dissolvant des vins. L'alcool de cette liqueur n'a pas plus d'action sur l'économie que l'alcool contenu dans les vins, car le sucre que renferme la liqueur doit tempérer son action à la manière de la matière organique contenue dans les vins. Sa saveur est plus agréable que la saveur des vins de quinquina, et surtout que la saveur des vins auxquels on se contente d'ajouter de l'alcool. Les propriétés thérapeutiques de cette liqueur sont certainement semblables aux propriétés thérapeutiques des vins de quinquina, car il est rationnellement impossible de prendre en considération l'action spéciale du vin. Cette liqueur serait la même dans toutes les pharmacies, avantage qui n'est pas sans mérite. Son prix est bien moins élevé que celui des vins de quinquina; les médecins pourraient donc la prescrire sans tenir compte de la fortune des malades et sans s'inquiéter si les enfants voudront la boire, car ils ne la refuseront pas.

Voici la formule :

Alcool à 86 degrés centésimaux......	162 grammes.
Eau..............................	837 grammes.
Acide sulfurique à 66 degrés........	1 gramme.
Quinquina jaune....................	100 grammes.
Ecorce d'orange....................	5 grammes.

Laissez macérer le tout pendant dix jours, passez et ajoutez à une partie du macéré une demi-partie de sucre ; laissez dissoudre le sucre et filtrez.

30 grammes représentent le macéré de 2 grammes de quinquina. L'écorce d'orange est employée pour aromatiser un peu la liqueur.

Cette formule pourrait servir à préparer un certain nombre de liqueurs médicinales, en remplaçant le gramme d'acide sulfurique par un gramme d'eau.

Je terminerai cette courte note en priant les lecteurs qui ne seront pas convaincus de faire préparer cette liqueur et de la goûter avant de formuler leur jugement, et en faisant remarquer que le liquide alcoolique contient 14 pour 100 d'alcool; que j'ajoute une demi-partie de sucre à une partie de macéré; que cette demi-partie de sucre diminue la proportion d'alcool ; et qu'en résumé cette liqueur est moins alcoolisée que le vin de quinquina qui est préparé, comme on le fait très-souvent, avec des vins très-faibles auxquels on ajoute, pour assurer leur conservation, de l'alcool, afin qu'ils en renferment 13 pour 100. DESCHAMPS.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Emploi du guarana dans les diarrhées rebelles.

Les entérites que nous avons l'occasion de traiter à Paris ne présentent le plus souvent aucun symptôme de gravité et cèdent presque toujours promptement aux émollients ou aux astringents unis aux opiacés; cependant il n'en est pas toujours ainsi, et on rencontre parfois des diarrhées qui résistent à tous les moyens habituellement mis en usage; c'est pourquoi j'ai pensé utile de faire connaître à mes confrères une substance qui est d'un usage vulgaire dans l'Amérique méridionale, et particulièrement au Brésil, où les diarrhées et les dyssenteries offrent plus souvent que chez nous une gravité contre laquelle il faut agir promptement. Ceux qui ont habité ce pays savent que dans chaque famille on a une petite provision de guarana, et qu'aussitôt que quelqu'un est pris de diarrhée ou de dyssenterie, on râpe un peu de la substance, environ

2 ou 3 grammes, qu'on fait infuser dans une tasse d'eau bouillante, qu'on avale en une fois, avec ou sans sucre. D'après le conseil de M. le docteur Mialhe, je l'ai donné en infusion dans du lait sucré, et il est alors beaucoup plus agréable et ne perd rien de ses qualités spéciales. Ce que je puis dire, c'est que depuis cinq à six ans que je prescris journellement ce médicament, il ne m'a jamais fait défaut dans les diarrhées idiopathiques les plus rebelles, et que presque toujours il a beaucoup amélioré l'état des malades, même dans les diarrhées symptomatiques les plus graves.

Quant à l'efficacité du guarana ou *paulinia* contre les migraines, on en a fait le sujet d'une exploitation fort connue, et je me contenterai de dire qu'il m'a réussi parfaitement dans certaines migraines qui paraissaient liées à un embarras gastrique ; mais il a échoué assez souvent dans les autres. Dr Hervé (de Lavaur).

BIBLIOGRAPHIE.

1° *L'Ozone*, ou Recherches chimiques, météorologiques, physiologiques et médicales sur l'oxygène électrisé, par M. Scoutetten, professeur de médecine, médecin en chef de l'hôpital militaire de Metz, officier de la Légion d'honneur, commandeur de l'ordre impérial du sultan Abdul-Medjid, etc.

2° *De la glucosurie, de son siége, de sa nature, de ses causes et de son traitement*, par M. J. Guitard, docteur en médecine, médecin-adjoint de l'Hôtel-Dieu, professeur suppléant, chef de clinique de l'École de médecine de Toulouse, etc.

Après avoir, pendant quelque temps, fixé assez fortement l'attention des physiciens, des chimistes et des médecins, l'ozone, si nous ne nous trompons, est quelque peu délaissé. M. Scoutetten réussira-t-il à réveiller la curiosité scientifique sur les questions qui se posent à propos de cet agent, et surtout ses recherches font-elles pressentir ou établissent-elles déjà quelques résultats importants ? Voilà ce que nous nous sommes tout de suite demandé, voilà sans doute ce que tous les lecteurs se demanderont, en ouvrant le petit livre du laborieux et savant professeur de Metz. Quelle que soit la valeur des conclusions auxquelles arrive M. Scoutetten en étudiant l'ozone au quadruple point de vue de la physique, de la météorologie, de la chimie et de la médecine, nous ne pouvons nous empêcher de faire tout d'abord une remarque générale, c'est que ce livre révèle en l'homme qui l'a signé un ensemble de qualités qui, si elles ne conduisent pas nécessairement à l'invention de grandes et fécondes vérités, n'en sont pas moins nécessaires à toute intelligence qui prétend à reculer les bornes de la science. La première de ces qualités, c'est une volonté

ferme qui se pose un but, et qui y marche résolûment, sans que les obstacles l'arrêtent. M. Scoutetten sait vouloir, et si Newton n l 'avait dit déjà, ce médecin tenace eût trouvé le mot fameux : *Comment fait-on une découverte? en y pensant toujours.* Une seconde qualité nécessaire à l'inventeur, et que possède également l'auteur des recherches sur l'ozone, c'est, au milieu des *soprani* du scepticisme contemporain, de croire à quelque chose, d'affirmer quelque chose, Dieu par exemple. En dehors de cette affirmation, on peut sans doute trouver quelques vérités, mais ces vérités meurent infécondes au seuil de l'intelligence qui les a conçues, parce qu'on ne les rattache pas à la source de tout ordre, de toute harmonie, de toute vie. Nous ne savons pas si, au bout de la voie dans laquelle s'est courageusement engagé le professeur de Metz, il y a quelque chose qui vaille la peine que se sont déjà donnée pour la parcourir un assez grand nombre d'observateurs; mais ce que nous savons bien, c'est qu'avec les principes philosophiques qui dirigent les pas de M. Scoutetten dans cette voie laborieuse, on voit plus clair dans les questions, l'esprit est plus ouvert à la vérité.

Ce serait sortir des limites dans lesquelles nous devons nous renfermer ici, que de suivre l'auteur dans ses nombreuses recherches, soit qu'il s'agisse de déterminer la nature chimique de l'ozone, soit qu'il s'agisse d'en étudier les nombreuses conditions de manifestation; nous nous contenterons d'indiquer sommairement les conclusions auxquelles notre savant confrère est arrivé, dans celles de ces recherches qui ont uniquement trait à la médecine.

Tout le monde sait qu'une des premières questions qu'on s'est posées dans ce sens, dès qu'un peu de bruit se fit autour de cet agent, a été relative aux rapports étiologiques qui pouvaient exister entre le développement des maladies et les variations possibles et réelles de l'électrisation de l'oxygène atmosphérique : c'est principalement l'étiologie du choléra qu'on s'est efforcé d'éclairer par ces recherches. Or, que nous apprend M. Scoutetten sur ce point si intéressant d'épidémiologie? Simplement les dissidences qui séparent les observateurs. Mais cette conclusion négative ne doit pas décourager les chercheurs. Il est possible, il paraît même vraisemblable au savant médecin de Metz que des variations survenues dans la constitution atmosphérique, et en particulier dans l'état électrique de l'oxygène, exercent une influence morbigène sur l'organisme vivant; seulement jusqu'ici on s'est fourvoyé dans ces recherches. « Ces dissidences, dit-il, attestent que la question n'est pas résolue, et qu'il y a de nouvelles recherches à faire. Évidemment tous les

expérimentateurs s'étaient placés dans de mauvaises conditions, ils opéraient sans direction et sans base certaine. Ignorant les sources de l'ozone, ils ne comprenaient pas les anomalies présentées par ce corps dans un même temps et dans des lieux très-rapprochés; mais aujourd'hui que nous savons comment l'ozone est produit, et quelles sont les causes qui le font disparaître, nous pouvons énoncer, sans la moindre pensée de critique, que les recherches ont été mal faites, qu'elles n'ont aucune valeur et qu'elles sont à reprendre en entier. » Ceci est net : mais si ce n'est pas là de la critique, que M. Scoutetten nous permette de le lui demander, qu'est-ce que c'est donc que la critique ? Décidément nous devenons émollients comme un cataplasme.... sinapisé. A l'œuvre donc, monsieur Scoutetten ! ce que d'autres n'ont pas fait, faites-le.

Là ne se sont pas bornées les recherches de M. Scoutetten relativement à l'action de l'oxygène électrisé sur l'économie ; le savant médecin de Metz pense que cet agent peut être utilisé dans un but thérapeutique : mais la question, sur ce point intéressant comme sur le précédent, n'est encore guère que posée. Nous l'avons dit, M. Scoutetten est homme de volonté; espérons qu'en suivant cette voie, il arrivera quelque jour à des résultats importants, que nous serons heureux de signaler.

La glucosurie, bien que connue dans ses principales manifestations depuis des siècles, est une question qui, comme l'ozone, captive fortement l'attention des penseurs : la Société de médecine de Toulouse, en mettant ce sujet au concours, et M. Guitard, en s'efforçant de l'élucider, ont montré également qu'ils s'intéressent au progrès de la science. Quoiqu'en face du livre du médecin de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, cette société savante ait avec raison réservé le prix de l'année, et n'ait accordé à ce mémoire qu'une médaille d'encouragement, le travail de ce médecin ne mérite pas moins d'être signalé. A notre avis, cette monographie est loin d'être complète ; nous y avons même remarqué des lacunes singulières, celle, par exemple, relative à la symptomatologie de la maladie. Se contenter sur ce point de la description d'Arétée, toute remarquable qu'elle soit, eu égard à l'époque reculée où la place l'histoire de la science, n'est-ce pas faire un peu trop facilement abstraction de son temps et surfaire un peu trop le passé ? Ce reproche, M. Guitard, malgré ses bonnes intentions, nous en sommes sûr, le mérite d'autant mieux, que les observations qu'il rapporte, sous la rubrique mal choisie de pièces justificatives, ne sont que fort incomplétement dessinées, et sont loin de reproduire la maladie sous les formes

changeantes par lesquelles elle se traduit dans son énergique originalité. En lisant le livre de M. Guitard, il nous a paru que la pensée de l'auteur se dégageait difficilement des idées confuses qu'apporte à l'intelligence l'observation des faits, et que l'expression rebelle venait encore, dans quelques cas, compliquer ce laborieux enfantement. Est-ce pour échapper à cette difficulté que le médecin de Toulouse s'est contenté de reproduire, quant à la symptomatologie, le tableau du médecin grec du premier siècle de notre ère? Alors c'est trop de modestie : si un pinceau moins habile eût tracé un dessin moins correct, il eût facilement racheté ce défaut par des couleurs plus variées et plus vivantes. Dans la description du médecin de Cappadoce que rapporte l'auteur, et qu'il a mieux aimé traduire lui-même que la copier dans quelqu'une des nombreuses traductions qu'on en a faites, il y a des mots qui ont dû faire tressaillir Arétée dans sa tombe. Français, jamais Arétée n'eût écrit ces mots-là, et en les employant, que M. Guitard en soit bien sûr, il l'a trahi, il ne l'a pas traduit, *traditore, non traduttore*. Mais en voilà assez, trop peut-être sur ce point; indiquons les parties de cette monographie, où se montre le souffle d'une plus heureuse inspiration.

Tout ce qui est relatif au siége et à la nature du diabète, dans cette monographie, mérite d'être lu. Si l'auteur, en s'aidant de toutes les recherches modernes, contemporaines même, est loin d'avoir triomphé de tous les obstacles qui se rencontrent sur ce terrain difficile, il montre au moins qu'il a bien compris ce que doit être la nature de cette maladie. Voyez, quand certains vents soufflent à l'horizon, combien facilement peuvent s'égarer les esprits les mieux faits d'ailleurs. Pour qui a connu Dezeimeris, comment comprendre aujourd'hui qu'un esprit aussi distingué ait pu un seul instant tomber dans l'erreur de cette étiologie fantastique, que le diabète est déterminé par une irritation des reins, ordinairement consécutive d'une gastrite chronique ? M. Guitard proteste énergiquement contre cette façon étroite de comprendre les choses de la pathologie dans cette question, et prouve surabondamment que le fait de la présence du glucose dans l'urine, qui donne son nom à la maladie, n'est qu'un symptôme. Mais où en est le point de départ ? Selon le médecin de Toulouse, il est dans le système nerveux, dont la lésion purement fonctionnelle ou organique va modifier l'acte de la digestion et la vie normale du foie. On le voit, l'auteur accepte en partie l'étiologie de M. Cl. Bernard, et la rejette en partie. Cette vue doit, suivant l'auteur, commander toute la thérapeutique. Aussi fait-il consister le traitement radical du diabète dans une révulsion éner-

gique et permanente au profit du cerveau et de la moelle épinière. Avant d'être si explicite, nous aurions désiré que l'auteur citât des résultats authentiques en faveur de cette médication ; mais ce n'est de sa part, comme eût dit Bacon, qu'une anticipation dont l'avenir doit confirmer la justesse. En attendant la réalisation de cette prédiction un peu prématurée, suivant nous, M. Guitard n'en exprime pas moins les idées les plus saines sur le traitement du diabète, et les médecins consulteront encore cette partie de son livre avec fruit. Nous y signalerons cependant un désidératum considérable : comment, dans la longue et compendieuse énumération des moyens qui ont été tour à tour employés dans le traitement de cette maladie, a-t-il oublié les eaux de Vichy ? Ces eaux sont loin de guérir toujours : nous le savons, mais elles soulagent souvent, et guérissent quelquefois ; or, en face d'une maladie aussi grave que le diabète, n'est-ce donc rien qu'un semblable résultat ? L'auteur, il est vrai, suivant les errements de M. Mialhe, fait entrer largement les alcalins dans la thérapeutique qu'il institue pour combattre cette affection : mais boire du bicarbonate de soude ou aller à Vichy, est-ce donc la même chose ? Nous sommes sûr que M. Guitard ne le croit pas plus que nous : en rappelant ceci, en finissant, ce n'est donc pas de la critique que nous faisons, c'est un simple oubli qu'il nous a paru sage de réparer.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Emploi de l'acide chromique en solution, comme caustique dans le traitement des verrues et autres excroissances des organes génitaux. — Cet acide a été vanté en ces dernières années comme agent escarrotique par M. Keller, pour détruire les tissus de nouvelle formation, et en particulier les condylomes qui se développent sur les parties génitales. De nombreuses expériences cliniques ont conduit M. Marshall, chirurgien de l'hôpital du collége de l'université de Londres, à formuler la même conclusion. Ce ne sont point les essais de M. Keller qui ont provoqué l'expérimentation du chirurgien anglais.

Les micrographes emploient depuis longtemps une faible solution de cet acide, pour durcir les tissus de nouvelle formation ; cette action a suggéré à M. Marshall l'idée de l'essayer sur le vivant. Il l'a expérimenté dans des cas très-variés ; pour le moment nous nous occuperons seulement de son application dans les cas

d'excroissances des parties génitales, de nature syphilitique ou autres. Relatons d'abord une des observations de M. Marshall; elle suffira pour montrer le mode d'action de ce nouveau topique.

Une jeune fille, de belle constitution, à la peau très-fine, était atteinte de syphilis depuis onze mois. L'affection avait débuté par un chancre qui fut suivi d'un bubon dans l'aine droite; puis par le cortége des accidents secondaires: macules, angine, éruption sur le cuir chevelu, gonflement des glandes sous-occipitales, enfin, éruption squammeuse aux cuisses et aux jambes. Dès l'apparition des accidents constitutionnels, la malade avait été soumise à un traitement mercuriel, qui fut mal suivi.

Cette jeune fille vint consulter M. Marshall pour de nombreuses excroissances situées sur la marge de la vulve, occupant les grandes et les petites lèvres, le raphé périnéal et s'étendant au pourtour de l'anus. Ces excroissances étaient au nombre d'une quarantaine, les unes pédiculées, les autres sessiles, quelques-unes d'un rouge foncé et très-vasculaires, les autres plus pâles et recouvertes d'un épiderme épais, mais toutes très-douloureuses. On appliqua successivement le crayon de nitrate d'argent, du nitrate acide de mercure, de l'acide nitrique seul, puis mêlé à de l'acide arsénieux. On avait déjà précédemment essayé l'acide acétique et la créosote.

Le mélange d'acide nitrique et d'acide arsénieux fut le topique qui produisit le plus d'effet escarrotique, mais les douleurs que causaient ces applications étaient si atroces, que la malade se refusa à ce qu'on en continuât l'emploi. On endormit la malade avec le chloroforme, puis on excisa toutes ces verrues avec des ciseaux et on toucha les plaies avec le nitrate d'argent. Pendant le temps que dura ce traitement local, on donna à l'intérieur de faibles doses de proto-iodure de mercure qui triomphèrent promptement de l'angine et des syphilides; mais les excroissances ne tardèrent pas à reparaître, et la malade se refusa obstinément à toute nouvelle tentative de traitement par l'excision ou les caustiques, même avec l'emploi du chloroforme, tant les douleurs avaient été grandes après la dernière opération. — Pendant quatre ou cinq semaines on mit en œuvre l'alun calciné et l'eau de Goulard, en suspendant le traitement mercuriel. Les syphilides ne reparurent pas, mais les excroissances devinrent plus volumineuses et plus douloureuses que jamais.

Alors seulement, et avec bien de la peine, la malade consentit à laisser toucher une des excroissances avec l'acide chromique. A cet effet, une petite quantité d'acide fut exposée à l'air, jusqu'à complète déliltescence, puis on y ajouta un égal volume d'eau. Au moment où on appliqua cette solution très-concentrée sur la verrue, il y eut décomposition immédiate de l'agent chimique et la verrue se couvrit d'une couche luisante, de couleur brune foncée d'oxyde de chrome. La douleur produite fut très-faible, mais une goutte d'eau ayant été ajoutée, dans la pensée qu'une dilution plus grande du caustique était nécessaire pour le faire pénétrer plus profondement, il en résulta une douleur vive qui dura quelques minutes. Il n'y eut pas d'autres suites, et au bout de quatre jours l'excroissance avait disparu.

Un second essai fut alors tenté sur une plus large surface avec une solution plus faible. La décomposition de l'acide ne se fit plus comme la première fois, mais les excroissances prirent une couleur jaune-orange; il y eut un peu plus de douleurs, de la cuisson et de la chaleur, mais ces symptômes étaient tolérables et passagers, et au bout de huit jours, après un peu de suppuration, les parties

qui avaient été touchées présentaient seulement des indurations d'un très-petit volume et un peu saillantes.

Dans une troisième tentative, on toucha toutes les excroissances qui existaient encore à la vulve, au périnée et à l'anus. Les surfaces cautérisées étant assez étendues, la douleur fut plus vive et dura trois ou quatre heures, mais elle n'était pas à comparer avec celle causée par les caustiques précédemment employés. — Le lendemain les parties étaient enflammées, chaudes, légèrement tuméfiées, couvertes d'un peu de suppuration, et le quatrième jour tout était dissipé. Huit jours après toute trace d'excroissance avait disparu.

Pendant tout le traitement par l'acide chromique on avait fait faire après les premières vingt-quatre heures de fréquents lavages, et deux fois par jour un pansement avec de la charpie sèche. Le traitement mercuriel n'a pas été repris. Depuis deux mois que le traitement est terminé, rien n'a reparu.

Faisons remarquer qu'il n'y a pas eu d'irritation des glandes inguinales, à la suite de l'effet inflammatoire produit par l'acide chromique, et qu'on n'a observé aucun effet général qui puisse être rapporté à l'absorption de l'acide chromique.

Loin de là, la santé générale parut s'améliorer.

Voici quelques remarques générales faites par M. Marshall sur l'emploi de ce nouveau caustique : L'acide chromique employé a été préparé au moyen du chromate de potasse et de l'acide sulfurique. On fait dissoudre dans l'eau distillée une quantité définie de cet acide cristallisé, et on en précipite la faible trace d'acide sulfurique qui y reste au moyen d'une solution de bichromate de baryte. M. Marshall donne la préférence à une solution contenant 5 grammes d'acide chromique cristallisé pour 30 grammes d'eau distillée.

Le meilleur moyen d'appliquer ce topique est, suivant ce chirurgien, de se servir d'une baguette de verre, ou, s'il en faut une plus grande quantité, d'un tube étroit en verre terminé en pointe. On ne doit en appliquer que ce qu'il faut pour imbiber l'excroissance, en évitant de toucher la muqueuse saine qui l'entoure; car, quoique la solution ne soit pas assez énergique pour cautériser, ni même pour attaquer la membrane muqueuse, cela augmenterait inutilement l'inflammation qui doit survenir. L'excès d'acide peut être enlevé avec un peu de charpie humide.

Le premier effet de cette application est un sentiment de cuisson très-léger. Si cependant on a touché une partie ulcérée, la douleur est plus vive, dure plus longtemps, sans cependant égaler celle que produit le nitrate d'argent ou l'acide nitrique, avec ou sans acide arsénieux. La douleur se calme promptement, mais il s'établit peu à peu de la sensibilité résultant d'une inflammation plus ou moins vive des parties. Cette inflammation s'accompagne de suppuration, et sous son influence les excroissances disparaissent promptement. Le meilleur pansement immédiat est de la charpie sèche, qui n'at-

ténue en rien l'action du caustique. Plus tard, on peut faire deux pansements par jour, ou bien, lorsqu'il est nécessaire de borner l'inflammation, on peut laver les parties avec de l'eau de Goulard et tremper la charpie dans ce même liquide.

Dans la plupart des cas, les excroissances cèdent à une seule application, et la guérison est complète après quatre à huit jours. Quand les excroissances sont considérables, il faut répéter les applications, et, chaque fois, l'inflammation consécutive est moins prononcée. Dans un seul cas il a fallu trois applications, ce qui provenait peut-être du peu de soin apporté dans les pansements.

En définitive, on peut dire que le traitement de ces excroissances si douloureuses paraît plus certain et plus prompt par l'acide chromique que par tous les autres caustiques employés jusqu'ici; que de plus il est moins douloureux, et que ses suites, bien soignées, ne présentent pas de grands inconvénients.

Nous regrettons que M. Marshall n'ait pas connu les essais de M. Keller; il eût pu expérimenter comparativement le mode d'emploi que notre confrère allemand préconise et qui nous paraît plus facile à mettre en œuvre. M. Keller conseille de mélanger l'acide chromique avec une quantité suffisante d'eau pour former une pâte qu'on étend avec une spatule sur les excroissances verruqueuses. L'action du caustique, ainsi préparé, est peut-être moins prompte; mais elle est moins douloureuse et plus profonde.

Notons enfin que ce nouveau caustique ne tache ni ne brûle le linge.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Angine tonsillaire (*Bons effets du gayac dans l'*). Considérant les tonsilles comme une dépendance du canal digestif, le docteur Brinton, médecin de *Royal-free-Hospital*, croit que, dans la plupart des cas, la constipation est un des éléments de l'inflammation de ces glandes, et que la maladie ne cède à aucun remède aussi bien qu'à de copieuses purgations, en même temps qu'on fait usage des gargarismes et des fomentations d'eau chaude. Pour remplir la première indication, ce médecin a recours de préférence à la poudre de gayac, administrée à haute dose, de 1 à 4 gram. toutes les quatre heures. Il y joint souvent l'opium, l'aloès, le jalap, le tout en suspension dans un mucilage. Suivant M. Brinton, ce traitement, mis en œuvre au début des accidents, prévient la formation des abcès, et même, employé plus tard, il guérit promptement encore, sans entraîner ces convalescences si longues qui souvent sont la suite des émissions sanguines, des vésicatoires et des vomitifs. (*The Lancet*, avril.)

Autoplastie faciale (*Remarques sur l'*). M. le professeur Alquié, de Montpellier, vient de lire à l'Académie un mémoire sur les perfectionnements apportés à l'autoplastie de la face dans la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu

Saint-Eloi, qu'il a résumé dans les conclusions suivantes :

1° La *destruction complète du nez* peut être réparée à la faveur d'un lambeau *transversal* emprunté au front, *parallèlement* et le long du sourcil, ayant un pédicule terminé en crochet recourbé vers la racine des cheveux. Ainsi on évite la cicatrice verticale et la torsion du pédicule, qui résultent d'un lambeau tracé suivant le procédé ordinaire. Ce procédé a été figuré par M. le professeur Alquié, en 1850, dans son ouvrage sur la Chirurgie conservatrice.

2° Quand le *lobe du nez* se trouve détruit, on peut le rétablir en détachant, suivant la méthode sous-cutanée, la peau et les tissus sous-jacents du dos et de la racine du nez, et en poursuivant cette dissection hypotomique dans toute la région intersourcilière. Ainsi on mobilise toutes les parties molles d'une région d'autant plus ample que l'individu est plus avancé en âge, et l'on obtient, sans cicatrices apparentes, les résultats ordinairement si disgracieux de la méthode indienne.

3° Dans la restauration d'une *paupière détruite*, on peut éviter la mortification et le plissement du lambeau emprunté à la tempe et tordu sur son pédicule, en donnant à celui ci une forme en crochet dirigé en sens inverse de la perte de substance à réparer. Cette forme recourbée du pédicule convient à tous les cas d'autoplastie suivant la méthode indienne à laquelle elle enlève son principal inconvénient, celui de la torsion du pédicule du lambeau, et lui procure les avantages de la méthode par simple glissement.

4° Lorsque le cancer dit cancroïde occupe le *milieu de la lèvre* inférieure surtout, la peau et la muqueuse sont souvent beaucoup moins atteintes qu'on ne le croit généralement. L'altération morbide forme une sorte de champignon, dont le pédicule plonge entre les deux téguments de la lèvre. De là l'utilité de l'*énucléation*, procédé qui a fréquemment permis à l'auteur de conserver les formes naturelles, et d'éviter des opérations étendues qui sacrifient bien des parties saines, et notamment celles du menton.

5° Si *une moitié de la lèvre* se trouve détruite ou doit être sacrifiée, on peut réparer la perte de substance sans emprunter de lambeau, en mettant à profit la grande extensibilité de la peau. A cet effet, et comme la muqueuse correspondante est beaucoup moins extensible, et offre le principal obstacle à l'élongation de la lèvre, on surmonte heureusement cette résistance à la faveur de deux incisions pratiquées sur la muqueuse et les tissus sous-jacents, l'une verticale et abaissée sous la commissure labiale, l'autre le long de la limite inférieure et interne de la lèvre.

6° Lorsque la *lèvre entière* a été détruite ou doit être sacrifiée, on peut la rétablir à l'aide du lambeau de Chopart, pris sur la région génio-hyoïdienne, lambeau élevé au-dessus du niveau des dents, et doublé à son bord libre de lambeaux empruntés à la muqueuse des joues. (*Compte rendu de l'Académie de méd.*, mai.)

Caustique sulfo - safrané (*Cancer récidivé du sein traité par le*). Nous avons déjà signalé à l'attention de nos lecteurs les propriétés et les effets du caustique sulfo-safrané, et rapporté quelques faits qui ont dû paraître de nature à justifier la prééminence que M. Velpeau lui accorde sur la plupart des autres caustiques, toutes les fois qu'il s'agit de produire une action purement locale, de détruire un tissu morbide sur place, par une sorte de dessiccation, sans avoir à craindre ni d'hémorrhagie, ni d'inflammation réactive. Voici un nouveau fait qui confirme une fois de plus ce qui a été déjà dit sur ces différents résultats.

Une femme âgée de cinquante ans, déjà opérée il y a quelques années d'une tumeur squirreuse du sein, est entrée dans les premiers jours de février dans le service de M. Velpeau avec une nouvelle tumeur récidivée sur place et accompagnée de petites pustules disséminées dans le voisinage. Peu désireux d'attaquer par le bistouri ce squirre récidivé et presque certainement récidivable encore, mais considérant que cette femme, assez peu avancée en âge, bien portante d'ailleurs, et d'une constitution sèche et bonne en apparence, était très-désireuse d'être débarrassée de sa tumeur, M. Velpeau se décida à la traiter par le caustique sulfo-safrané.

Ainsi que ce professeur l'avait annoncé d'avance à ses élèves, dès le lendemain la tumeur était déprimée, réduite à la moitié environ de son volume et recouverte d'une escarre noire, sèche. Les jours suivants, elle avait continué à s'affaisser et à se réduire de volume dans toutes les dimensions. Elle ne présentait plus que l'aspect d'une croûte sèche, noire ; elle

était parfaitement indolente; il ne s'était développé autour aucun travail inflammatoire, aucune apparence de réaction. Aussi la malade se considérait-elle comme complétement guérie et s'étonnait-elle qu'on ne lui donnât pas sa sortie.

Trois semaines après, la tumeur, complétement flétrie, était réduite à cette escarre noire et sèche, encore adhérente, mais qui, suivant toute apparence, devait se détacher d'elle-même sitôt que la cicatrisation serait complète au-dessous, ainsi que cela s'était passé déjà chez plusieurs malades traitées par le même moyen. Aussi M. Velpeau lui accorda-t-il sa sortie, mais avec la promesse qu'elle se présenterait sous peu à la consultation pour faire constater son état.

Cette femme s'est présentée, en effet, vers la fin du mois de mars. L'escarre était détachée, et il ne restait plus à la place de la tumeur qu'une toute petite plaie en voie de cicatrisation et qui présentait le meilleur aspect. — C'est là un résultat assurément très-satisfaisant. Mais cette malade sera-t-elle à l'abri d'une nouvelle récidive? Ce serait sans doute trop demander. L'avenir nous l'apprendra peut-être. (*Gaz. des hôpit.*, mars 1857.)

Coqueluche ou *traitement spécial par les cautérisations de nitrate d'argent.* Voici la série de moyens adoptés par le docteur Ravenhill Pearce pour le traitement de cette tenace affection. Dans 75 cas de coqueluche (32 garçons et 43 filles) âgés de deux à vingt ans, traités l'automne dernier, ce médecin a mis en usage le traitement recommandé par le docteur Eben Watson; savoir: toucher une fois par jour la glotte avec une éponge imbibée d'une forte solution de nitrate d'argent (1 gram. sur 30 gram. d'eau distillée); il administrait, en même temps, la mixture nitrico-acide du docteur Gibb:

Pr. Acide nitrique dilué.......	48 gr.
Teinture composée de cardamome................	12 gr.
Eau.........................	30 gr.
Sirop simple.................	100 gr.

à la dose d'une cuillerée à café toutes les trois heures. Il prescrivait en outre aussi, dès le début, deux cuillerées à café d'huile de foie de morue par jour, puis recommandait un régime généreux et le séjour dans une chambre chaude mais bien ventilée.

Ce traitement lui a toujours bien réussi, et non-seulement les petits malades ont échappé à toutes les complications, qui si souvent s'observent pendant ou après la coqueluche; mais après leur maladie ils étaient gros et gras. M Ravenhill fait observer qu'après quelques applications de nitrate d'argent, les quintes de toux deviennent moins fréquentes et moins intenses, et que l'organisme est moins fatigué par les efforts convulsifs que font les petits malades. (*The Lancet*, avril.)

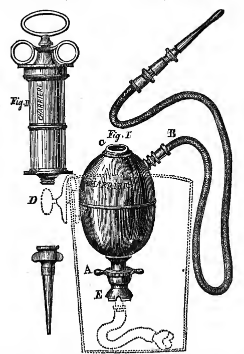
Douches (*Nouvel appareil à*). Cet instrument, présenté à l'Académie par M Charrière fils, est constitué par un simple récipient d'eau et d'air indépendant, avec ses deux soupapes, et d'un volume assez petit pour être placé dans la poche; il a pour moteur la simple seringue à hydrocèle en étain ou tout autre métal, que tous les médecins et chirurgiens possèdent dans leur arsenal; enfin le tuyau d'un irrigateur que l'on visse sur le récipient sert à conduire le liquide. Ces pièces petites et peu dispendieuses suffisent pour projeter à tous les degrés désirables et pour toutes les douches un jet rendu continu par la pression qu'exerce l'air accumulé à la partie supérieure du récipient. Dans les cas où les douches doivent être prolongées longtemps, on fixe le récipient à un réservoir quelconque, afin de pouvoir le faire fonctionner avec une seule main. Les accessoires nécessaires dans ce cas, pointillés sur la planche ci-contre, consistent en un crochet et une vis de pression qui assemblent solidement l'appareil avec le seau; si ce dernier est profond, on peut ajouter le tuyau plongeur pour aspirer le liquide jusqu'au fond du vase; s'il s'agit de douches sulfureuses, l'appareil se construit en zinc.

Fig. 1re. Récipient d'eau et d'air muni de deux soupapes, que l'on démonte à volonté en les dévissant par les boutons A — B. Tuyau d'un irrigateur monté à vis ou à frottement sur le récipient.

Fig. 2 et 3. Seringue et sa canule en étain ou autre métal, avec trois anneaux, ou à poignée, que l'on visse dans l'ouverture C, au sommet du récipient (fig. 1.)

Les pièces que nous venons d'indiquer sont complétement suffisantes pour aspirer avec les deux mains; si, au contraire, on veut se servir d'une seule main, on fixe l'appareil sur un réservoir quelconque, comme on le voit pointillé dans la figure ci-contre, au

moyen du crochet D avec la vis de pression qui assemble le récipient avec le seau rempli du liquide; E est le tuyau plongeur que l'on visse à la partie inférieure du récipient; il est terminé par une boule de plomb.



Des expériences dont les résultats ont été très-satisfaisants ont eu lieu à la clinique de M. le professeur Dubois. (*Compte rendu de l'Acad.*, mai.)

Hémorrhagie utérine, *son traitement par les injections iodées dans la cavité utérine.* Le docteur Dupierris, de la Havane, dans un mémoire intéressant sur le traitement des hémorrhagies utérines de causes variées conclut que par le traitement qu'il propose on arrête sûrement cet accident souvent si grave, quelle que soit la cause qui le produit, à l'exception cependant de l'hémorrhagie interne qui suit la rupture de l'utérus. Cette confiance absolue dans un mode de traitement qui, nous en sommes certain, rencontrera peu de sympathie dans l'ancien continent, parmi les accoucheurs qui reculent devant les injections intra-utérines pratiquées avec des liquides peu actifs; cette confiance, disons-nous, est pour le docteur Dupierris le résultat d'expériences nombreuses, toutes terminées heureusement, sans aucun accident. Son mémoire renferme le récit de trois cas d'hémorrhagie puerpérale des plus graves, ayant résisté aux moyens les plus rationnels et promptement et définitivement arrêtés par une seule injection intra-utérine avec la teinture d'iode étendue de deux tiers d'eau. L'une de ces observations, sur laquelle nous reviendrons peut-être et dont nous nous occuperons alors sous un autre point de vue, témoigne hautement en faveur du traitement préconisé par M. Dupierris.

Ce ne sont pas seulement les hémorrhagies utérines liées à l'accouchement que l'auteur du mémoire en question traite par le moyen des injections iodées. Il y a recours également dans les métrorrhagies liées à la présence d'un corps étranger dans la matrice, à l'existence d'une affection cancéreuse, celles qui dépendent du

tempérament nerveux ou sanguin, d'émotion morales, etc. Voici, du reste, comment il s'y prend pour pratiquer ces injections : « La malade est placée sur un plan incliné préparé en travers du lit au moyen du dossier d'une chaise recouvert de coussins. On place les pieds sur des chaises, la malade s'assied au bord du lit ou sur le coussin qui termine le plan incliné, on la couvre d'un drap. J'introduis alors un speculum trivalve, que je fais tenir par la malade elle-même. J'examine le col de la matrice, après l'avoir débarrassé du mucus qui y adhère presque toujours. Je me sers alors d'une seringue assez grande pour contenir environ une once et demie de liquide ; j'y fixe une sonde en argent longue environ de cinq pouces, à extrémité un peu élargie comme celle qui sert à sonder la trompe d'Eustache; la seringue étant remplie d'une solution de teinture iodée, contenant un tiers de teinture d'iode pour deux tiers d'eau, j'introduis la sonde aussi haut que possible dans la cavité utérine, et je pousse l'injection avec une certaine force Le liquide injecté ressort presque aussi vite qu'il y est entré et se trouve bientôt complétement expulsé. »

« On reconnaît que l'utérus s'est contracté à ce que le plus souvent du mucus reste attaché à l'extrémité de l'instrument. Quelquefois la femme accuse une sensation de chaleur, rarement une légère douleur dans la région hypogastrique. S'il est nécessaire, on répète l'injection au bout de trois ou quatre jours. Dès le lendemain l'hémorrhagie diminue, et en général elle a cessé le troisième jour. »

M. Dupierris ajoute avoir employé ce mode de traitement plus de cent fois et n'avoir vu qu'une fois l'hémorrhagie résister à son emploi. Jamais il n'a vu survenir le plus léger accident. Il termine en engageant tout accoucheur à se munir à l'avenir d'une seringue et de teinture d'iode pour recourir à ce moyen dans les cas d'hémorrhagie utérine. (*North American med. chir. Review*, janvier.)

Hernie étranglée (*Faut-il administrer des purgatifs peu de temps après avoir opéré une*) ? Les avis les plus opposés ont été émis par des chirurgiens éminents. Dupuytren, Miller, M. Hancock, proscrivent les purgatifs, comme pouvant favoriser l'inflammation intestinale et péritonéale. D'un autre côté, Luuis, S. et A. Cooper, Hey, Lawrence, Richter, M. Velpeau, M. Syme, considèrent comme essentiel de rétablir promptement le cours des matières fécales, après l'opération de la kélotomie. M. Liston a professé les deux opinions à cinq années de distance

Persuadé qu'il est impossible d'établir sur ce point des préceptes qui conviennent dans tous les cas, et que, suivant les circonstances, les deux opinions sont l'expression de la vérité, le docteur Gamgee, dans une brochure récente qu'il nous a adressée, est amené à poser les règles suivantes, qui devront guider le praticien dans chaque cas particulier.

I. Lorsque l'intestin est sain, qu'il n'y a pas ou peu de péritonite, un lavement huileux doit être administré, une heure ou deux après l'opération ; s'il manque son effet, on le renouvellera au bout de trois ou quatre heures, ou on administrera par la bouche un purgatif doux.

II. Si l'inflammation péritonéale est intense, lors même que les intestins seraient en bon état, on aura d'abord recours aux antiphlogistiques ; on pourra, dans les premières heures, donner un lavement simple, le répéter même au besoin ; mais on devra attendre au lendemain pour prescrire des lavements plus actifs ou des purgatifs par la bouche.

III. S'il y a menace de gangrène intestinale, on emploiera l'opium et on se gardera des purgatifs ou des lavements jusqu'à ce que tout danger de perforation intestinale soit passé.

Ces règles de conduite, continue l'auteur, seront des guides précieux pour le praticien ; mais le plus sûr de tous, c'est d'observer avec soin les symptômes dans chaque cas en particulier, d'en étudier les indications et de venir en aide à la nature, sans se laisser arrêter par un système ; l'âge et la constitution du malade, la position, les dimensions, l'ancienneté de la hernie, la durée de l'étranglement, son intensité, l'absence ou la présence de l'inflammation sont autant de circonstances qui doivent influer sur la conduite du chirurgien, et s'il est juste de blâmer les auteurs qui s'opposent systématiquement à l'emploi des purgatifs après la herniotomie, il ne faut pas non plus se ranger tout à fait de l'avis de ceux qui les recommandent toujours.

Ozène *traitée avec succès par des injections d'une solution de chlorate de potasse*. Peu d'affections se

montrent aussi réfractaires aux ressources thérapeutiques que l'ozène. Cette résistance de la maladie nous porte à enregistrer avec empressement toutes les tentatives qui sont couronnées de succès, dans l'espérance qu'on arrivera à trouver enfin un traitement efficace. M. le docteur Henry vient de communiquer à la Société médicale du troisième arrondissement le fait de deux sœurs affectées d'ozène, traitées infructueusement par différents moyens, et qui ont été guéries par le reniflement d'une solution de chlorate de potasse (4 gram. dans 120 gr. d'eau). L'action spéciale de ce sel potassique nous a porté à tenter, l'an dernier, un essai analogue. L'affection avait son siége vers l'entrée des fosses nasales et par conséquent sur un point de la muqueuse que les topiques pouvaient facilement atteindre; nous nous sommes servis de la forme pulvérulente, et avons mêlé une partie de chlorate de potasse, finement pulvérisée, avec dix parties de sous-nitrate de bismuth. Nous avons été conduit à cette association médicamenteuse par l'observation des bons effets topiques du sel de bismuth dans les cas de coryza aigu et chronique. Nous attendions de nouveaux faits pour signaler le résultat de notre tentative, et nous sommes heureux de pouvoir aujourd'hui l'ajouter aux observations de M. Henry, non pour trancher la question de l'efficacité du chlorate de potasse, mais provoquer à de nouveaux essais. On ne doit pas oublier la double indication de ces traitements, et perdre de vue que la médication topique ne saurait dispenser de combattre la diathèse, le plus souvent scrofuleuse, dont sont affectés les enfants porteurs d'ozène.

Sensibilité *des tissus fibreux et tendineux*. Entre la nature qui dit oui, et la science qui dit non, croyez la nature d'abord, et laissez la science chercher les preuves de son erreur. Avec le temps, elle y arrive. Haller et tous les physiologistes avaient dénié tout espèce de sensibilité à la dure-mère, aux ligaments, aux tendons, au périoste, enfin à tous les tissus fibreux et tendineux. M. Flourens a repris l'étude de cette question et a fait voir, par une série d'expériences, que lorsqu'on a irrité par excitations prolongées ces divers tissus et qu'on les a portés ainsi à un certain degré de rougeur et d'inflammation, ils acquièrent une sensibilité très-vive; si on les pique ou si on les incise, alors les animaux poussent des cris aigus.

Toutes mes expériences, dit M. Flourens, sont nettes et décisives. Toutes parlent; toutes accusent la sensibilité des parties fibreuses et tendineuses, latente ou cachée à l'état sain, et manifeste, patente, excessive à l'état malade. Une grande contradiction de la science disparaît donc enfin! Ces mots: *douleurs de la goutte, du rhumatisme articulaire, des os*, etc., ont enfin un sens; je dis un *sens physiologique*, car tant que les parties, siéges de ces douleurs, passaient pour absolument insensibles, ces mots n'en avaient pas. Comment expliquer l'existence de la douleur, et des plus cruelles douleurs, avec des parties insensibles? Haller n'a donc vu que l'état normal, quo l'état sain. Toutes ces expériences ne se rapportent qu'à cet état. Au fond, et quoi qu'il en ait dit, lui et son école, qui sur ce point domine depuis un siècle, il n'y a point de partie absolument *insensible* dans le corps vivant. La *sensibilité* est partout, et, dans les parties même (les tendons, les ligaments, la dure-mère, le périoste) où habituellement elle est le plus obscure, il suffit d'un degré d'irritation ou d'inflammation donné pour la faire passer aussitôt de l'état latent et caché à l'état patent et manifeste. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, mai.)

Thérapeutique oculaire (*Absorption par les cornées; applications à la*). Dans une communication faite à l'Académie de médecine dans le mois d'avril 1855, M. Gosselin a démontré que les liquides solubles et non irritants, mis en contact avec l'œil, sont entraînés, comme on le sait depuis longtemps, dans le torrent circulatoire par les vaisseaux de la conjonctive, et qu'ils pénètrent dans l'œil en traversant préalablement la cornée et la chambre antérieure, dans laquelle ils séjournent pendant plusieurs heures. Le fait a été constaté par une série d'expériences faites sur les animaux avec l'iodure de potassium, le lait de chaux et la belladone. M. Gosselin en a déduit des considérations intéressantes au point de vue de la physiologie pathologique et de la clinique; mais il était resté stérile jusqu'ici pour la thérapeutique. M. le docteur Lépine a cherché à l'utiliser à ce point de vue. Il a pensé que l'absorption, envisagée dans ses rapports avec la guérison des maladies, pouvait donner lieu à des considérations de deux ordres distincts: d'une

part, l'absorption pouvant faire disparaître ou modifier avantageusement les lésions naturelles que les maladies ont laissées après elles ou qui les constituent; d'une autre part, cette propriété pouvant être mise en jeu pour introduire dans l'économie les substances médicamenteuses à l'aide desquelles on se propose de remédier aux lésions qu'elles occasionnent. Il a, en conséquence, institué une médication spéciale fondée sur cette propriété. Des médicaments appropriés à la nature et aux circonstances de l'affection actuelle, réduits en poudre et appliqués à l'aide d'un pinceau sous les paupières, tel est en résumé le procédé opératoire. Si l'affection existe dans les cornées, il est clair qu'en mettant en contact un médicament plus ou moins actif, suivant la nature de la maladie, cette substance devra avoir une action immédiate; en outre, elle traverse la cornée, passe dans les chambres de l'œil et porte son action soit sur l'iris, soit sur la pupille, soit sur le cristallin, et ne tarde pas enfin à réagir sur les membranes qui enveloppent toutes ces parties et sur la rétine elle-même.

Pour arriver à ce but, M. Lépine a fait choix de substances actives et capables d'agir *loco dolenti*, mais telles qu'elles ne puissent nuire aux divers milieux qu'elles ont à traverser. Malheureusement il ne fait pas connaître ces substances; aussi sommes-nous réduit à énoncer ici l'idée générale, le principe que nous croyons bon et digne d'être signalé à l'attention des praticiens. Quant aux applications spéciales et à leurs résultats, nous les ferons connaître quand M. Lépine voudra bien nous mettre à même de pouvoir les juger. (*Revue médicale*, mars 1857.)

VARIÉTÉS.

Le concours pour l'agrégation près la Faculté de médecine de Paris, ouvert le 2 janvier dernier, vient de se terminer par les nominations suivantes : *section de médecine*, MM. Hérard, Chauffard, Axenfeld, Empis ; *section de chirurgie*, MM. Duchaussoy, Fano, Trélat, Foucher ; *section d'accouchements*, M. Blot.

La Société médicale des hôpitaux a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau pour l'année 1857-1858. M. Legroux a été nommé *président*; M. Barth, *vice président*; M. Henri Roger a été réélu *secrétaire général*; MM. Moutard-Martin et Voillez, *secrétaires particuliers ; trésorier*, M. Labric. — La Société propose un prix de la valeur de 1,500 fr. à décerner en 1858 à l'auteur du meilleur mémoire sur cette question : *Des congestions sanguines dans les fièvres.* Les mémoires devront être adressés au secrétaire général de la Société, boulevard de la Madeleine, 15, avant le 31 décembre 1857.

M. le docteur Combal, professeur agrégé à la Faculté de médecine, vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital général de Montpellier, en remplacement du regrettable M. Broussonnet, décédé récemment.

En signalant dans notre dernier numéro le premier cas de mort survenu pendant l'inhalation des vapeurs d'amylène, nous avons omis de mentionner que la traduction de l'observation de M. Snow était empruntée à un article de M. Broca, inséré dans le Moniteur des Hôpitaux. *Suum cuique.* Nous publierons dans notre prochaine livraison le rapport que M. Robert vient de lire à l'Académie sur l'emploi de l'amylène dans l'anesthésie chirurgicale.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la valeur des eaux minérales dans le traitement des paralysies : Paraplégie (1);

Par M. le docteur MAX. DURAND-FARDEL, médecin inspecteur des sources d'Hauterive, à Vichy, secrétaire général de la Société d'hydrologie, etc.

Paraplégie. — La paraplégie comporte, d'une manière générale, l'idée d'une paralysie dépendante d'une altération de la moelle épinière, comme l'hémiplégie comporte celle d'une paralysie dépendante d'une altération cérébrale.

Mais il y a de grandes différences entre les paralysies spinales et les paralysies cérébrales.

Envisagées au point de vue des lésions anatomiques siégeant dans les organes centraux de l'innervation, nous trouvons un premier contraste.

La plupart des lésions cérébrales sous la dépendance desquelles existent des hémiplégies possèdent une tendance très-déterminée à se circonscrire et à se réparer. Ceci s'applique aux hémorrhagies et aux ramollissements encéphaliques, cause ordinaire des hémiplégies persistantes.

Les lésions organiques de la moelle spinale n'offrent pas la même tendance. On rencontre bien dans la moelle des ramollissements ou des indurations qui ont pu s'arrêter dans leur marche ; mais il est très-rare que ces altérations présentent ces caractères de réparation ou de cicatrisation dont le cerveau nous montre chaque jour des vestiges.

Les hémiplégies et les paraplégies nous offrent des contrastes encore bien plus tranchés dans leur pathogénie.

Les hémiplégies dépendent presque toujours d'altérations organiques formelles de l'encéphale, nous pourrions dire toujours, tant sont rares les exceptions.

Les paraplégies, au contraire, se montrent très-fréquemment à titre de lésions purement fonctionnelles, dans lesquelles on doit souvent faire intervenir la moelle spinale elle-même, sans qu'il soit permis de supposer une altération matérielle définissable de cet organe. Nous devons ajouter que, grâce à l'incertitude qui plane encore aujourd'hui sur les fonctions de la moelle épinière, il n'est pas toujours facile de discerner si la paraplégie doit être rapportée

(1) Fin. — Voir les livraisons des 30 avril et 15 mai, p. 337 et 383.

à la moelle elle-même, ou simplement aux nerfs qui en dérivent.

Il résulte de là que les hémiplégies, paralysies cérébrales, peuvent toujours se définir par la lésion organique à laquelle on les rapporte, tandis qu'un certain nombre de paraplégies ne peuvent se définir que par les causes qui leur ont donné naissance.

Il résulte encore de là que, dans l'hémiplégie, les effets du traitement se trouvent nécessairement bornés par la présence d'une lésion organique ineffaçable; tandis que dans la plupart des paraplégies il n'y a rien de semblable, et que le traitement ne rencontre précisément dans son action aucun obstacle nécessairement insurmontable.

Enfin, une dernière considération peut résumer ce qui précède : c'est que le traitement thermal est surtout symptomatique dans l'hémiplégie, et surtout étiologique, ou mieux pathogénique, dans la paraplégie.

On sait combien l'histoire des maladies de la moelle épinière est imparfaite, et l'étude des paraplégies difficile.

L'histoire de l'application des eaux minérales à la paraplégie, bien plus féconde en résultats que leur application à l'hémiplégie, s'en est ressentie : elle est fort peu précise et en général très-brièvement traitée par les auteurs. Nous l'exposerons en suivant un ordre pathogénique analogue à celui qu'a adopté M. Raoul Leroy d'Étiolles, dans son excellent Traité des paraplégies.

Ce chapitre, qu'il ne faut considérer que comme une réunion de documents sur la question, appartient pour une grande partie à un travail encore inédit que M. le docteur Le Bret a bien voulu nous communiquer, et aux auteurs allemands qui ont beaucoup mieux étudié que nous la question des paralysies.

Paraplégie rhumatismale. — La paraplégie rhumatismale est une de celles qui réclament avec le plus de certitude la médication thermale. Ce que nous disons ici de son traitement peut s'appliquer parfaitement à toutes les paralysies partielles qui peuvent se développer sous une influence rhumatismale.

Les eaux de Tœplitz (Bohême) jouissent, en Allemagne, d'une grande réputation dans le traitement des paralysies. Il est donc intéressant de savoir sous quel point de vue leur action thérapeutique est envisagée dans un ouvrage fort estimable, consacré à cette médication spéciale. « Le principal rôle (dans le traitement des paralysies par les eaux de Tœplitz), dit le docteur Schmelkes, appartient à la température. Pour que la paralysie soit surmontée, alors qu'il faut réveiller et activer l'innervation motrice, dans les cas de pro-

duction morbide rhumatismale et goutteuse interrompant l'action d'un courant nerveux isolé, pour stimuler les fonctions de la peau, c'est de leur haut degré de température que ces eaux tirent leur efficacité renommée. »

Cet auteur insiste sur l'influence exercée par les bains pris au-dessus de la température ordinaire du corps, et principalement sur les « éclatants résultats » que l'on obtient à la piscine commune, où l'eau se trouve de 35 à 36° R., et à laquelle, ajoute-t-il, « Tœplitz doit en grande partie son renom dans le traitement des paralysies. » A propos du choix qu'on pourrait faire entre les diverses sources avoisinant Tœplitz, il dit, en propres termes, que « l'efficacité de toutes les eaux identiques et leur action diverse doivent se caractériser d'après leur différent degré de chaleur, » et il insiste beaucoup sur la préférence à donner à la température acquise dans le sein de la terre, par rapport à celle qu'on obtient artificiellement.

L'administration des bains est ainsi formulée :

Bains de 28 à 30° R., simple excitation de la peau, une demi-heure de durée; bains au-dessus de 30° R., stimulation vive, quinze minutes au plus.

Du reste, le docteur Schmelkes tient compte des circonstances individuelles : idiosyncrasie, tempéraments menacés de congestions, d'hémorrhagies, soupçon d'altérations organiques, hypéresthésie, etc., d'après lesquelles on doit graduer la température des bains avec circonspection.

Le rôle que l'on attribue, à Tœplitz, à la température élevée des eaux est digne de remarque : les passages que nous venons de citer ne s'attribuent pas, du reste, exclusivement au traitement de la paralysie rhumatismale, mais au traitement des paralysies en général.

M. Bertrand ne conseillait que des bains tempérés aux hémiplégiques qu'il avait à traiter au Mont-Dor. Mais dans les paralysies rhumatismales, en général des paraplégies, il ne craignait pas d'employer le grand bain de 39 à 42° centig.

Que cette thermalité soit mise en œuvre dans un but thérapeutique, rien de mieux; mais je pense qu'il serait inexact de ne considérer qu'elle seule et de faire abstraction de l'eau minérale, bien qu'il ne s'agisse en ce moment que d'une eau faiblement minéralisée, ainsi que celles que nous mentionnerons tout à l'heure. Lorsque le docteur Schmelkes faisait une remarque que nous croyons très-juste, au sujet de la préférence à donner à la température native des eaux minérales sur une température artificiellement obtenue,

il est vraisemblable qu'il faisait allusion, non pas à un caractère spécifique attaché à la température propre des eaux, mais à leur intégrité, qu'altère toujours à un certain degré leur élévation artificielle de température, quel que soit le procédé mis en usage.

Les eaux minérales appropriées au rhumatisme peuvent être considérées comme généralement applicables aux paralysies rhumatismales, en ayant très-scrupuleusement égard aux indications que nous avons développées au chapitre du Rhumatisme. Cependant, les eaux faiblement minéralisées nous paraissent devoir être tout spécialement recommandées ici. Les médecins d'Aix, en Savoie, repoussent les paralysies du cercle d'application de ces eaux, et ne font d'exception que pour les paralysies rhumatismales. Mais ce sont surtout des eaux assez analogues à celles de Tœplitz qui nous paraissent indiquées ici, telles que celles du Mont-Dor, de Chaudesaigues, Luxeuil, Bourbon-Lancy, Plombières, etc.

« Les paralysies de cause rhumatismale, si fréquentes dans nos montagnes, dit M. Bertrand, sont celles contre lesquelles les eaux du Mont-Dor réussissent le mieux. Ce sont ordinairement des sueurs abondantes, ou le retour des anciennes douleurs, qui sont les avant-coureurs du rétablissement. Souvent encore, dans des cas analogues, comme dans les paralysies cutanées, j'ai vu des plaques d'un aspect inflammatoire, ou des éruptions de différente nature, se manifester sur les membres perclus, quelquefois avec des symptômes fébriles qui n'empêchent pas, à moins qu'ils ne soient très-forts, de continuer le traitement. » M. Rérolle parle également de paralysies « déterminées par une métastase rhumatismale ou herpétique, et dans le traitement desquelles le médecin peut et doit employer sans crainte toute l'activité, toute la puissance des eaux minérales. » M. Revilliout rapporte une observation de paralysie universelle, due à un très-grand froid, et datant de huit mois, chez un individu de trente-deux ans, laquelle, ayant été inutilement traitée par les bains tempérés à Luxeuil, fut radicalement guérie par les bains chauds. A Plombières, le traitement est dirigé, dans les paralysies rhumatismales, de manière à obtenir des sueurs abondantes.

Ces citations, si courtes qu'elles soient, sont instructives. Elles nous apprennent que l'élévation de la température est la condition essentielle de réussite des eaux minérales dans le traitement de la paralysie rhumatismale. N'est-ce pas pour cela que les eaux les moins minéralisées paraissent suffisantes, et même préférables aux autres, dans ces sortes de traitements?

Paralysie hystérique. — Suivant M. Le Bret, la paralysie hystérique, et, d'une manière générale, toute paralysie névropathique doit être bannie des eaux excitantes (notes inédites), c'est-à-dire des eaux chlorurées actives.

« Les paralysies hystériques, dit M. Helfft, comptent pour beaucoup dans le nombre des maladies traitées aux stations thermales, et s'y présentent sous des formes variées. » L'auteur allemand désigne sous ce titre non-seulement des névroses essentielles, mais tout dérangement de l'innervation dépendant des états morbides de l'utérus. Il recommande, dans les cas de ce genre, Ems, Landeck et Plombières, et lorsque la chloro-anémie domine les accidents, les sources ferrugineuses de Pyrmont et de Spa. La paralysie hystérique proprement dite n'a pas trouvé de place dans le résumé de la clinique de Plombières publié par M. Lhéritier. Cet auteur rapporte seulement une série d'observations comprenant, sous la désignation d'irritation spinale, une série de phénomènes névropathiques, quelquefois hystériformes, et liés à des troubles fonctionnels ou organiques de la matrice.

M. Raoul Leroy d'Étiolles conseille les eaux minérales sulfureuses dans la paraplégie hystérique ou chloro-hystérique, et s'arrête en particulier sur l'efficacité des eaux de Baréges dans les paralysies et les paralysies rhumatismales. Je ne doute pas que la plupart des eaux sulfurées des Pyrénées ne puissent être utilement appliquées au traitement des paralysies rhumatismales; mais il ne faut pas se hâter d'en déduire leur indication dans les paralysies hystériques. Le même traitement ne saurait convenir dans les deux cas, et Baréges, en particulier, me paraît devoir être tout à fait écarté de ces dernières. C'est seulement à Saint-Sauveur, au Petit-Saint-Sauveur de Cauterets, à Molitg, Olette, peut-être, enfin, aux sources de ce genre qu'il peut être permis d'adresser de semblables paralysies.

Schlangenbad est très-conseillé dans l'hystérie et toutes les affections hystériques. Mais je ne sais si l'on peut y trouver une médication suffisante dans la paraplégie hystérique.

Paraplégie essentielle des enfants. — M. Le Bret a obtenu à Balaruc des résultats très-remarquables, dans les paraplégies dites essentielles de l'enfance, quoique ayant presque toujours succédé à une affection de forme convulsive.

« Ces paraplégies, dit M. Le Bret, que nous citons textuellement, s'adressent essentiellement à la propriété reconstituante des eaux chlorurées sodiques chaudes, qu'on peut alors utiliser et dans leur

influence thermale et d'excitation par rapport à l'innervation suspendue ou troublée.

« Il y a alors une véritable lésion périphérique du système nerveux encéphalo-rachidien. Peut-être aurait-on théoriquement affaire ici à l'action reflexe, sujet encore peu abordable en présence des contradictions que les doctrines de Ch. Bell et les expériences de Brown-Sequard soulèvent sur les fonctions de la moelle.

« Toujours est-il qu'en prenant la paralysie essentielle des enfants pour type des résultats obtenus dans une série de faits plus ou moins analogues, on est frappé de la rapidité avec laquelle la sensibilité tactile et la myotilité se recouvrent par l'usage, en bains et en douches, des eaux chlorurées sodiques, alors même, comme j'en ai vu un exemple, que des moyens purement excitants, boutons de feu, électrisation, strychnine, avaient complétement échoué. C'est même là un fait bien probant en faveur de la médication thermo-minérale, laquelle, en pareille circonstance, a le bénéfice de ne provoquer aucune surexcitation fâcheuse. » (Notes inédites.)

Cette appropriation des eaux de Balaruc, et, sans doute, d'eaux minérales analogues, au traitement de la paralysie essentielle des enfants, est intéressante à rapprocher des résultats contraires que l'on obtiendrait de ces mêmes eaux dans la paralysie hystérique.

Paraplégies par épuisement.—Je range sous cette dénomination certaines paralysies qui ne peuvent être définies que par un usage en excès, et par suite un véritable épuisement du système nerveux : ainsi, les paraplégies, suites d'excès vénériens, certaines paralysies séniles, ou encore de ces paralysies liées à certaines cachexies, comme le scorbut de l'armée d'Orient, si bien étudié par M. Le Bret, ou bien ce que les Anglais ont décrit sous le nom de maladie (*disease*) de la tranchée, et qui peuplait les hôpitaux de la Crimée et de Constantinople de sujets épuisés par un excès de veilles et de travaux.

Dans ces derniers cas, les eaux chlorurées sodiques fortes réussissent parfaitement. M. Le Bret a observé à Balaruc ce que Galien et Pline avaient désigné du nom de scélotyrbe, « une espèce de paralysie dans laquelle le malade, ne pouvant marcher droit, est obligé en marchant de tourner le corps où de gauche à droite ou de droite à gauche ; souvent même il ne saurait lever le pied ; mais il le traîne comme lorsqu'on a à monter quelque pente roide. » Strabon appelait également ainsi la privation de l'usage des jambes chez les soldats.

Voici sous quelle forme M. Le Bret administrait les eaux de Ba-

laruc dans les cas de ce genre : bains de piscine, de 38 à 40°, ou plutôt immersions, depuis quelques secondes de durée jusqu'à quinze ou vingt minutes au plus ; au sortir du bain, chaque malade était enveloppé d'une couverture de laine, et transporté, s'il ne pouvait marcher, dans son lit, où il ne tardait pas à ressentir les effets d'une forte réaction. Les douches n'ont pas été fréquemment utilisées, et l'eau en boisson n'a dû être prescrite qu'à très-petites doses aux individus très-cachectiques.

Il est possible que les eaux sulfurées soient utilement applicables aux cas de ce genre.

Les paralysies *séniles* sans lésion organique, caractérisées par un affaiblissement général de la contractilité, surtout prononcée aux membres inférieurs, avec paralysie de la vessie et du rectum, sont quelquefois remarquablement modifiées par les eaux chlorurées sodiques fortes : il se fait alors une véritable restauration de l'organisme. M. Le Bret possède plusieurs observations de ce genre, recueillies à Balaruc, et très-frappantes pour la netteté des résultats obtenus.

Les eaux chlorurées sodiques fortes nous paraissent mieux indiquées alors que les eaux faibles, assez généralement recommandées dans les cas de ce genre.

Quant aux paraplégies consécutives aux *excès vénériens*, il a paru résulter des communications adressées à la Société d'hydrologie médicale de Paris, dans la discussion déjà plusieurs fois citée, que les eaux minérales étaient assez généralement impuissantes contre elles.

M. Helfft recommande alors les eaux réputées indifférentes (*indifferenten Thermen*), telles que Wildbad, Gastein, Pfeffers et Ragatz, analogues à nos eaux de Plombières, Néris, Luxeuil, Bourbon-Lancy, etc. Dans ces localités, ajoute M. Helfft en parlant des stations de l'Allemagne, l'air vivifiant des montagnes contribue à la reconstitution et à la réparation de l'organisme.

Il faut distinguer ici les cas où il existe des pertes séminales, de ceux où l'on n'a affaire qu'à un simple affaiblissement du système nerveux.

Dans cette dernière circonstance, si les accidents ne sont pas de trop ancienne date, si la paraplégie n'est pas absolue, si la constitution originelle était bonne, la médication thermale peut réussir. Mais lorsque des pertes séminales viennent compliquer la paralysie, il faut compter fort peu sur leur action, malgré les récits merveilleux que l'on a répandus sur les résurrections opérées à Wildbad et à Gastein.

Quelques résumés d'observations, communiqués par MM. Gillebert d'Hercourt et Boulay, donneraient à penser que l'hydrothérapie présente alors des ressources plus puissantes que les eaux minérales.

Nous ne possédons que fort peu de renseignements sur les paraplégies qui se montrent liées à la *cachexie syphilitique*. Nous noterons seulement que M. Le Bret n'a obtenu en pareil cas aucun résultat des eaux de Balaruc, et que M. Helfft n'en parle que pour constater l'impuissance des eaux minérales à leur égard. Il est évident que, dans de pareilles circonstances, la première indication consiste à épuiser les ressources du traitement spécifique, et que les eaux minérales ne sauraient suppléer en rien à ce dernier

Nous devons encore mentionner ici les paraplégies consécutives aux *fièvres graves*. Il est probable qu'un grand nombre d'eaux minérales, chlorurées sodiques fortes, sulfurées, ou bien faiblement minéralisées, mais d'une haute thermalité, seraient utilement applicables ici. M. Bertrand emploie le grand bain, au Mont-Dor (de 30 à 40°), dans les paralysies consécutives aux fièvres éruptives, vermineuses, gastro-adynamiques. Il est probable que Plombières, Bourbon-Lancy, Tœplitz, ne seraient pas moins efficaces alors que le Mont-Dor. Les eaux de cette catégorie nous paraissent les mieux indiquées, lorsque le traitement thermal sera employé à une époque encore rapprochée de la maladie primitive. Il est bon de s'abstenir d'une médication trop énergique, alors que le système tout entier vient d'être aussi profondément altéré. Les eaux de Bagnoles (Orne) ont été plusieurs fois employées en pareil cas avec grand succès.

Mais si la maladie primitive date d'une époque un peu éloignée, et que l'on n'ait plus affaire qu'à une paralysie persistante, il y aura tout avantage à recourir d'abord aux eaux chlorurées sodiques fortes, Balaruc, Bourbonne, Bourbon-l'Archambault, la Motte, Uriage, Wiesbaden, Kissingen, etc.

Les paralysies *métalliques*, saturnines, mercurielles, arsenicales, peuvent être très-avantageusement traitées par les eaux chlorurées sodiques ou les eaux sulfureuses à haute température. M. Wetzlar a obtenu d'excellents résultats des eaux d'Aix-la-Chapelle.

Paraplégies suites de couches. — Nous rencontrons, dans les auteurs allemands, quelques passages intéressants sur ce sujet ; nous les reproduisons à titre de documents.

« Dans les paralysies des extrémités inférieures, dit le docteur Helfft, dues à quelque cause traumatique ou succédant à l'accou-

chement, comme résultant de la pression de la tête dans un bassin étroit, soit que la maladie paraisse dans les derniers mois de la grossesse, soit qu'elle coïncide avec le travail ou lui soit consécutive à plus ou moins de distance, parmi tous les moyens qu'on peut opposer ici, les eaux minérales rendent de grands services, comme rappelant l'énergie motrice. Les eaux de Tœplitz ont en particulier acquis une grande réputation dans de telles circonstances, et sont fort prônées par le professeur Siebold. Si la guérison n'est pas toujours obtenue, la santé des malades est du moins améliorée par le traitement thermal.

« Schmelkes a vu une paralysie des extrémités inférieures, survenue après un accouchement laborieux, disparaître complétement au moyen de dix-sept bains. Dans un second cas, après un travail pénible, pendant lequel la tête volumineuse de l'enfant était restée enclavée dans un bassin étroit, une paralysie des membres inférieurs existait avec inflexion des genoux, tuméfaction œdémateuse et douloureuse au niveau du creux poplité, accidents qui persistèrent sans changement pendant neuf mois. La contracture cessa dès les premiers bains; successivement la sensibilité se réveilla, et avec elle le mouvement volontaire. Au bout d'un traitement de huit semaines, la malade put retourner à son pays natal, sans béquilles.

« B..... a observé à Landeck une malade qui, quatre ans auparavant, était devenue paraplégique à la suite de ses premières couches, et qui depuis était encore accouchée deux fois. Ce médecin a rencontré, dans tous les cas de ce genre, un trouble très-prononcé de la sensibilité, se traduisant par des attaques convulsives pour la moindre cause d'irritation. Les évacuations alvines sont généralement paresseuses, mais la miction de l'urine n'est point troublée. Il y a en même temps défaut de nutrition dans les extrémités. Les menstrues apparaissent régulièrement, mais toujours mêlées à des flueurs blanches.

« Schmelkes insiste sur ce que le traitement thermal doit être administré après que la contractilité électro-musculaire, profondément altérée ou tout à fait perdue, est de nouveau reconquise. Les malades doivent d'abord être soumis à la faradisation, et ensuite aux bains. Cet auteur développe l'avantage d'une telle pratique, qui rend aux muscles atrophiés leurs conditions normales de texture et d'aptitude fonctionnelle, et permet alors d'agir plus efficacement sur l'innervation. »

Paraplégies symptomatiques d'une lésion organique de la moelle épinière. — Ce sujet est assurément celui sur lequel il nous est le

plus difficile de présenter quelque chose de formel. Comment établir les indications de la médication thermale d'après l'état pathologique de la moelle elle-même, alors que le diagnostic en est si difficile à préciser? Si les eaux minérales produisent si souvent des résultats considérables dans les paraplégies, c'est précisément parce que celles-ci ne se relient pas, dans un grand nombre de cas, à une altération de la moelle elle-même ; mais lorsqu'il existera quelque chose de semblable, quelle pourra être l'issue du traitement?

Les monographies sur les eaux minérales mentionnent souvent les résultats heureux de traitements adressés à des cas d'irritation spinale, de congestion spinale, de myélite surtout. Mais le diagnostic de ces états morbides est le plus souvent fort difficile. On peut presque dire que chacun entend à sa manière l'irritation ou la congestion spinale; et quant à la myélite, nul doute qu'on n'en ait souvent appliqué la dénomination à des cas de rhumatisme, de névropathie ou d'autres, où l'existence d'un état d'inflammation chronique de la moelle n'était rien moins qu'avérée.

Les eaux minérales paraissent généralement contre-indiquées dans les cas où l'abolition du mouvement peut être attribuée à une cause mécanique : déplacement des vertèbres, tumeurs intra ou extra-rachidiennes, etc. Cependant, M. Lhéritier rapporte quelques observations, en fort petit nombre, où les eaux de Plombières ont été employées avec avantage dans des paraplégies dépendantes de déviations rachidiennes ou de caries vertébrales. Ces faits sont à noter, mais ne permettent encore de rien conclure.

Schmelkes considère l'existence d'hyperesthésie comme le fait le plus propre à déterminer la contre-indication des eaux minérales.

M. Le Bret nous paraît avoir assez nettement indiqué les conditions d'application des eaux minérales dans la myélite :

« A la suite de certaines myélites aiguës, régulièrement et efficacement traitées par les moyens thérapeutiques habituels, lorsqu'il reste un défaut d'harmonie dans la locomotion, ou, pour ainsi dire, un manque d'équilibre entre le système musculaire de relation et l'incitation nerveuse, avec un certain degré de parésse de l'intestin ou de la vessie ;

« Dans certaines myélites chroniques, à condition sous-entendue qu'il n'y ait point d'altération avancée de la moelle épinière, ou que, s'il en a existé, elle se trouve en voie de réparation, comme il est permis de le soupçonner par l'absence de douleur à l'exploration des apophyses épineuses, au retour des fonctions de l'intestin et de

la vessie, et chez des sujets bien constitués et de bons antécédents.» (Notes inédites.)

Les eaux chlorurées sodiques fortes, ou les eaux sulfatées ou chlorurées sodiques faibles et à haute température, paraissent indiquées suivant que l'on supposera quelque chose d'actif encore, ou de purement passif dans l'état morbide de la moelle épinière.

M. Gaudet a administré les bains de mer à un assez grand nombre de paraplégiques, avec des résultats divers; mais il est assez difficile de tirer un parti utile de ses observations, parce qu'il n'a pas tenu compte des circonstances étiologiques que nous croyons être la seule base possible des indications. Nous citerons seulement ceci : que les bains de mer paraissent exercer une action rapide et prononcée sur le retour des fonctions de la vessie paralysée.

Nous ajouterons encore la citation suivante : « Il est venu aux bains de mer des adultes qui avaient eu, à quelque date peu éloignée, une myélite aiguë, depuis laquelle ils conservaient quelques symptômes légers de paraplégie, tels que faiblesse marquée des jambes, surtout dans l'immobilité de la station verticale, quelque endolorissement de la région dorso-lombaire, etc. De tels individus ont toujours retiré des avantages marqués d'une saison de bains de mer froids, accompagnés de copieuses affusions. »

— Ce ne sont là, comme nous l'avons annoncé, que des documents rassemblés sur la question des paralysies. L'étude de l'application des eaux médicinales au traitement des maladies chroniques ne peut être complète qu'autant qu'elle embrasse celle des constitutions et des diathèses, dont la considération domine bien plus sûrement encore le traitement des maladies chroniques que celui des maladies aiguës.

Tel est l'esprit qui a présidé au *Traité thérapeutique des Eaux minérales de la France et de l'étranger*, que je viens de terminer. On pourra trouver, dans plus d'un chapitre de cet ouvrage, le complément de l'article que l'on vient de lire, et qui en est extrait pour une grande partie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur l'amylène employé comme anesthésique.

Rapport lu à l'Académie de médecine, par M. Robert.

Messieurs, dans la séance du 10 mars dernier, vous avez entendu avec intérêt la lecture d'une note de M. le docteur Debout, sur l'innocuité et la valeur de l'amylène considéré comme agent anesthési-

que, et vous m'avez chargé, avec MM. Velpeau et Malgaigne, de vous rendre compte de ce travail.

Votre Commission a cru devoir répondre immédiatement à l'appel de l'Académie, en présence de l'importance et de l'actualité d'un pareil sujet. L'anesthésie, en effet, est devenue aujourd'hui partie intégrante de la chirurgie ; presque toujours elle nous est demandée, imposée même par les malades ; et l'on sait que les principaux agents au moyen desquels nous l'obtenons, à savoir l'éther et le chloroforme, peuvent donner lieu à des accidents funestes, heureusement très-rares, mais dont l'authenticité ne saurait plus être mise en doute. Aussi, à peine venait-on de signaler l'amylène comme doué, lui aussi, de la propriété d'abolir la sensibilité, et comme exempt des dangers du chloroforme, que les praticiens ont dû désirer vivement de connaître ce qu'il y avait de vrai dans ces assertions, émises du reste par des hommes éclairés et consciencieux.

C'est au mois de novembre 1856 que M. le docteur Snow a découvert les propriétés physiologiques de ce corps, dont M. Balard avait déjà révélé l'existence et les caractères chimiques dès l'année 1844. Le chirurgien de Londres, dont on connaît depuis longtemps les travaux spéciaux sur l'anesthésie, en fit l'objet d'expériences sur les animaux, puis il l'essaya chez l'homme, d'abord pour des opérations légères et de courte durée, puis enfin pour les opérations les plus graves ; il lui trouva l'avantage d'une action prompte, douce, peu durable et disparaissant sans laisser d'impression fâcheuse sur l'organisme. Il communiqua le résultat de ses observations à la Société royale de Londres, le 20 janvier de cette année.

Peu de jours après, M. Giraldès, à Paris, l'employait avec succès à l'hôpital des Enfants-Trouvés ; le 3 mars, M. Tourdes, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, faisait parvenir à l'Académie un mémoire contenant le récit d'expériences tentées sur les animaux et d'un certain nombre de faits cliniques ; enfin, huit jours plus tard, vous entendiez la lecture du travail de M. le docteur Debout, qui fait l'objet de ce rapport. Avant de vous en exposer les détails, j'ai une remarque à faire sur la nature du corps dont on s'est servi jusqu'à ce jour.

L'amylène, en effet, qui nous est fourni par les laboratoires, n'est pas tout à fait pur et tel que M. Balard l'a décrit. Suivant le mode de préparation et de distillation mis en usage pour l'obtenir, il peut être mêlé à des produits étrangers et présenter une volatilité plus ou moins grande. Ainsi, lorsque l'on a employé l'acide sulfurique pour déshydrater l'alcool amylique, le liquide obtenu retient un composé

particulier contenant du soufre parmi ses éléments, et donnant à l'amylène une odeur très-repoussante, qui rappelle celle de l'assa-fœtida et de l'urine de chat. De même, selon la manière dont il a été distillé, il entraîne d'autres produits moins volatils que lui, désignés par M. Balard sous les noms de paramylène et métamylène, de telle sorte qu'il entre en ébullition à des températures très-variables. Celui dont M. Debout s'est plus spécialement servi a été préparé avec beaucoup de soin par M. Berthet, chef du laboratoire de la maison Ménier ; il bout de 28 à 35°, est par conséquent très-volatil, et présente une odeur assez marquée d'huile de naphte. C'est également celui-ci que l'administration des hôpitaux a bien voulu mettre à ma disposition, et dont j'ai fait usage dans les observations qui servent de base à ce rapport.

Ceci posé, voyons d'abord quel est le procédé d'inhalation qu'il convient le mieux d'employer. Une des propriétés remarquables de l'amylène est son pen de solubilité dans le sang ; aussi faut-il en faire respirer les vapeurs tout d'abord à un degré de concentration considérable, et d'une manière continue, sous peine de n'obtenir aucun effet, ou de voir la sensibilité reparaître après un temps trop court. Je partage donc l'opinion de M. Debout, lorsqu'il prescrit l'usage d'un appareil semblable à celui que M. Charrière a fabriqué pour le chloroforme, appareil qui, s'appliquant sur le nez et sur la bouche, prévient toute déperdition des vapeurs. C'est, je le pense, pour avoir omis cette précaution et s'être contentés d'un simple cornet muni d'une éponge, que plusieurs chirurgiens ont échoué ou ont été dans l'obligation de consommer une grande quantité d'amylène.

Les faits contenus dans la note de M. Debout n'offrent rien de nouveau. Il confirment ceux que MM. Snow, Giraldès et Tourdes ont publiés ; ils établissent que l'amylène produit l'anesthésie très-promptement, sans causer de sensation pénible, sans provoquer la toux ou le besoin de cracher, comme on l'observe si souvent avec le chloroforme. « Pendant toute la durée de l'amylénation, dit notre « confrère, le pouls reste large, plein et très-fréquent, les mouve- « ments respiratoires amples, la peau chaude, le visage fortement « coloré. En un mot, il y a absence des signes qui dénotent que « le nouvel agent atteint facilement les phénomènes de la vie or- « ganique. »

Aussi M. Debout, sans vouloir substituer entièrement l'amylène au chloroforme, conclut-il à ce que ce nouvel anesthésique soit inscrit au nombre des agents médicamenteux utiles.

Messieurs, pour mettre l'Académie en mesure d'apprécier exactement le travail de notre honorable confrère, j'ai dû expérimenter moi-même, afin de pouvoir joindre aux faits déjà connus le résultat de mes observations personnelles. Or, j'ai eu l'occasion de recourir quarante-quatre fois à l'amylène, sur des adultes, hommes et femmes, et pour des opérations très-variées. Celles-ci ont été le plus souvent de courte durée, telles que des ouvertures d'abcès, des débridements de panaris, des avulsions d'ongles, des amputations de doigts ou d'orteils. Mais un bon nombre aussi ont été plus importantes; ce sont : une amputation de la cuisse, une de l'avant-bras, des extirpations de tumeurs du sein, l'ablation d'une glande parotide tout entière, l'extraction d'un calcul de la portion prostatique de l'urètre; cette dernière opération a duré plus d'un quart d'heure. Voici ce que j'ai constaté :

Je dirai tout d'abord que je n'ai jamais observé des signes d'irritation de la membrane muqueuse de la bouche ou des bronches, se traduisant par de la salivation et de la toux. Un malade auquel j'ai fait, il y a peu de jours, l'amputation de la verge pour un cancer, avait en même temps une excavation tuberculeuse au sommet du poumon gauche. Il a toussé pendant une partie de la durée de l'amylénation, que j'ai, pour ce motif, employée avec réserve. Après l'opération, la toux a cessé, et aucun phénomène d'irritation ne s'est manifesté du côté de la poitrine. Le chloroforme eût-il été aussi inoffensif? J'ai quelques raisons de croire le contraire.

En général, les malades sont devenus insensibles au bout de une à trois minutes, rarement après six ou sept. Trois d'entre eux ont été réfractaires, et m'ont obligé de recourir au chloroforme après dix ou douze minutes d'inhalation. L'anesthésie s'est établie sans être précédée des symptômes d'agitation que suscite fréquemment le chloroforme. Le visage s'est coloré plus ou moins fortement; les paupières sont restées largement ouvertes; les yeux fixes se sont fréquemment portés en haut, jusque sous la paupière supérieure; la tête s'est renversée en arrière; quelquefois les membres se sont étendus en se roidissant. Le pouls a pris beaucoup de fréquence; dans un cas, je l'ai vu, non sans quelque émotion, devenir intermittent et filiforme. La respiration est restée libre, et jamais je n'ai observé ce resserrement spasmodique des mâchoires avec menace de suffocation que provoque parfois le cloroforme. Un fait important déjà noté, c'est que l'amylène ne donne pas lieu à la résolution musculaire, et que l'insensibilité qu'il produit serait de très-courte durée, si on n'avait le soin de l'entretenir on versant, toutes les cinq ou six secondes,

de petites quantités d'amylène dans l'appareil. L'opération étant terminée, le réveil est prompt, et les malades, revenus à eux-mêmes, ne conservent aucun malaise. Cependant deux jeunes filles ont été prises, pendant quelques minutes, d'un délire singulier accompagné de cris, de rires, de sanglots et de mouvements convulsifs violents. Mais l'une d'elles, soumise au cloroforme quelques jours après, pour l'extirpation d'un ganglion hypertrophié de la région parotidienne, a présenté les mêmes symptômes. Un jeune homme de dix-huit ans, à qui j'avais ouvert un abcès de la main, s'est élancé sur son lit avec une telle violence, qu'il se serait infailliblement blessé si on ne l'avait contenu; il était éveillé et parlait.

Cet exposé succinct des effets produits par l'amylène prouve que ce corps possède, comme l'éther et le chloroforme, la propriété d'empêcher la douleur; mais qu'il en diffère essentiellement, et surtout du chloroforme, par l'instantanéité de son action, qui cesse dès que les inhalations sont suspendues, et parce qu'il ne porte aucune atteinte à la contractilité musculaire.

Mais j'ai hâte d'aborder la question la plus importante de celles qui se rattachent à l'étude de l'amylène, la question de savoir s'il peut être employé sans danger. Les chirurgiens qui les premiers en ont fait usage, se fondant sur ce que son activité est moins grande que celle du chloroforme, espéraient aussi qu'il jouirait d'une parfaite innocuité. Quelques expériences de M. Tourdes, il faut le dire, semblaient justifier cette opinion. Malheureusement cette question est aujourd'hui résolue, et, par une singulière coïncidence, c'est entre les mains de M. Snow lui-même qu'est arrivé le premier cas de mort. Bien que cette observation ait déjà reçu une grande publicité, je crois devoir en reproduire les principaux détails, recueillis par M. Snow avec une précision qui ne laisse rien à désirer. Je laisse parler l'auteur. (Ici M. Robert reproduit l'observation de M. Snow, que nous avons publiée dans notre numéro du 30 avril, page 374.)

Lorsqu'on analyse attentivement les détails de cette observation, il est impossible de ne pas reconnaître, avec M. le docteur Snow, que la mort n'a pas été due à l'amylène. La grande habileté du praticien, qui employait cet agent pour la cent quarante-quatrième fois, son expérience spéciale dans le maniement des anesthésiques, ne permettent pas de supposer qu'il y ait eu infraction aux règles qu'on doit observer en pareil cas; d'un autre côté, l'inhalation elle-même n'a présenté aucune circonstance insolite; et pour obtenir l'insensibilité, il n'a pas été nécessaire de faire absorber une

grande quantité de vapeurs. Enfin, l'autopsie cadavérique n'a révélé aucune lésion viscérale qui, ayant été méconnue pendant la vie, serait devenue la cause de l'issue funeste. Sans doute, l'état graisseux du cœur est de nature à diminuer l'énergie de cet organe et peut disposer à la syncope. Cependant, il est difficile d'imputer la mort à cette lésion, puisqu'elle n'était pas assez considérable pour avoir déterminé, pendant la vie, aucune gêne dans les fonctions de ce viscère.

En conséquence, il en est de ce cas malheureux comme de ceux que l'on a observés par l'emploi du chloroforme, où la mort est survenue par suite d'une prédisposition particulière de l'organisme, inconnue dans sa nature, plutôt que par l'administration intempestive ou excessive des vapeurs anesthésiques.

Rien ne saurait atténuer la gravité de cet événement, duquel il ressort évidemment que l'amylène administré chez l'homme peut causer la mort. Une seule question nous reste donc actuellement à résoudre : c'est celle de savoir s'il offre moins de danger que l'éther ou le chloroforme.

M. Debout, dans son travail, s'est occupé de ce problème, et en a fait l'objet d'expériences sur les animaux. Il raconte que si, dans une série de bocaux cubant deux litres d'air, on place des animaux très-sensibles à l'action des anesthésiques, des oiseaux, par exemple, on voit qu'il suffit de verser deux gouttes de chloroforme dans l'un d'eux pour rendre insensible l'animal qui s'y trouve renfermé. Si, dans un autre bocal, on porte la dose à 5 gouttes, l'oiseau est foudroyé. Qu'on répète l'expérience avec l'amylène, on constate l'insensibilité avec 10 gouttes; si l'on élève la dose à 50 gouttes 1 gr., 35 c.), l'animal revient encore à lui, pourvu que l'on ne prolonge pas son séjour dans l'atmosphère amylique au delà d'une minute. Soumis à la même quantité d'éther et pendant le même laps de temps, l'oiseau succombe. D'où l'auteur conclut que, s'il suffit de doubler la quantité de chloroforme pour transformer la dose *anesthésique* de cet agent en dose *toxique*, il faut quadrupler celle de l'éther, et quintupler celle de l'amylène. Il ressort de ces faits, ajoute-t-il, que l'innocuité *du nouvel agent est plus grande encore* que celle de l'éther sulfurique.

J'ai répété les expériences de M. Debout sur de petits oiseaux, sur des poules et sur des lapins, surtout en ce qui concerne l'action comparative du chloroforme et de l'amylène, et elles m'ont paru exactes. J'en ai institué d'autres sur des chiens, mais en plaçant ces animaux dans les conditions où se trouvent les malades

que nous soumettons aux inhalations. Pour cela, j'ai employé d'abord l'appareil de M. Charrière, en remplaçant l'embouchure par une vessie dans laquelle je fixais la tête de l'animal. Avec le chloroforme, j'ai vu se dérouler la série des phénomènes connus, depuis la simple insensibilité jusqu'à la résolution musculaire complète; et, en continuant l'inhalation, les animaux ont toujours succombé en trente ou quarante minutes, par le ralentissement progressif et la cessation des mouvements respiratoires. Avec l'amylène, j'ai obtenu l'anesthésie accompagnée des symptômes observés chez l'homme, à savoir le renversement de la tête en arrière, la fixité du regard, la déviation des yeux, l'injection des conjonctives, la roideur des membres, etc.; mais jamais je n'ai obtenu le relâchement des muscles. Il y a plus : en continuant l'expérience, dans le but de faire périr les animaux, j'ai vu avec étonnement qu'ils s'habituaient en quelque sorte à l'action de l'amylène, et recouvraient même une partie de la sensibilité. Au bout de plus d'*une heure*, j'ai cru devoir cesser l'inhalation. Les animaux se sont trouvés, pendant quelques instants, comme dans un état d'ivresse, puis ils n'ont pas tardé à marcher, et se sont promptement rétablis.

Voyant que l'appareil de M. Charrière était insuffisant pour faire périr ces animaux, j'ai eu recours à un autre procédé capable de donner plus de concentration aux vapeurs anesthésiques. Une grande vessie de porc ayant été largement ouverte à une de ses extrémités pour recevoir la tête de l'animal, j'ai pratiqué, à l'extrémité opposée, une ouverture assez large pour laisser passer l'air, et j'ai placé dans la vessie une éponge imbibée de 25 à 30 grammes d'amylène. L'animal s'est agité d'abord et a poussé des cris; puis il est devenu presque immédiatement insensible. Le tronc s'est courbé en opisthotonos, il y a eu tremblement de la tête, contraction des membres, mouvement de la langue comme pour laper, mouvement de déglutition; au bout d'un quart d'heure, ronflement, puis résolution complète des membres, diminution progressive des mouvements respiratoires, et mort au bout de vingt minutes.

Ces expériences confirment celles de M. Debout, en ce qu'elles prouvent que l'amylène est toxique, mais qu'il a beaucoup moins d'activité que le chloroforme. Faut-il en conclure que, dans la pratique, il soit moins dangereux que ce dernier? Ici je me sépare entièrement de M. Debout et de ceux qui l'ont précédé dans l'étude de la question. En effet, un point capital, dans l'histoire des anesthésiques, c'est que ce n'est pas par le fait de l'évolution successive

et progressive des phénomènes d'intoxication que la mort est survenue chez l'homme, mais bien d'une manière brusque, inattendue, et comme par suite d'une prédisposition de l'organisme, inconnue dans sa nature. Dans un travail que j'ai publié, il y a quelques années, j'ai déjà signalé cette circonstance pour l'éther et le chloroforme. Le malheur récemment arrivé à M. Snow prouve qu'il en est de même pour l'amylène. Ainsi, c'est dans l'anesthésie même que gît le danger, dans l'anesthésie qui, suivant une expression heureuse de M. Tourdes, est une *diminution de la vie,* et un *pas fait vers la mort.*

Ainsi dépouillé de la prérogative d'innocuité dont on avait espéré d'abord de le voir en possession, l'amylène n'est plus qu'un simple agent anesthésique qu'on peut placer à côté de l'éther et du chloroforme.

De sorte qu'en terminant ce travail, il ne nous reste plus qu'à nous demander s'il doit être conservé dans la pratique; et, en cas d'affirmative, quelles sont les indications et les contre-indications de son emploi. Oui, nous croyons qu'il doit être conservé, parce que son action est prompte, de très-courte durée, et que ses effets se dissipent rapidement, sans donner lieu à ce malaise général qui persiste parfois assez longtemps après l'usage du chloroforme. Ces motifs le rendent préférable pour des opérations *très-courtes,* lorsqu'on se propose seulement d'annihiler la douleur ou simplement de l'émousser. De plus, il n'exerce pas sur les voies aériennes d'action irritante, ce qui le rend précieux lorsqu'il existe du côté des poumons quelque lésion qui ne paraîtrait pas assez grave pour faire rejeter complétement l'emploi des anesthésiques. En outre, il ne provoque pas de vomissements ou de nausées, soit au début, soit lorsque la sensibilité commence à se rétablir, phénomènes fréquemment produits par le chloroforme. Cette particularité, notée principalement par MM. Tourdes et Giraldès, est importante dans la chirurgie des enfants, qu'il est souvent fâcheux de laisser trop longtemps sans aliment, et qu'on peut soumettre à l'action de l'amylène à une époque plus rapprochée du repas que lorsqu'on emploie le chloroforme. Néanmoins, l'absence du vomissement n'est pas absolue : MM. Rigaud, Schutzenberger et Debout en ont observé des exemples.

Nous venons de signaler les cas principaux qui nous paraissent motiver l'emploi de l'amylène. Voyons maintenant quels sont ceux où il est formellement contre-indiqué.

Nous rappellerons que l'insensibilité qu'il produit dure très-peu

de temps, et qu'il n'atteint que par exception la contractilité musculaire. Partant de ces faits, nous proposerons de l'exclure de la pratique des opérations longues et pénibles, surtout de celles pour lesquelles il est nécessaire d'anéantir la contraction des muscles, telles que la réduction des luxations et des hernies, certains diagnostics dans lesquels la tension des muscles constitue un empêchement grave, comme on le voit pour plusieurs tumeurs de la cavité abdominale. Que si on nous objecte qu'on peut prolonger presque indéfiniment l'anesthésie en continuant l'inhalation, qu'on peut obtenir aussi la résolution des muscles par ce même moyen, ainsi que M. Tourdes l'a avancé, nous répondrons que, outre l'invénient de faire absorber des quantités considérables d'amylène, et la préoccupation gênante qui résulte pour le chirurgien de l'imminence du réveil de son malade, il ne nous est pas démontré que l'on puisse sûrement produire la résolution complète par la multiplication des doses. Il y a plus : si nous nous en rapportions à nos expériences, nous dirions que l'action de l'amylène finit par s'émousser, lorsqu'on la prolonge outre mesure, à moins que les doses n'en soient élevées à un degré excessif. Et dans ce cas, si l'on parvient à obtenir la résolution des muscles, c'est peu d'instants avant que les animaux ne succombent.

Mais hâtons-nous de terminer ce rapport, déjà trop long peut-être, Messieurs, quelques savants ont conçu l'espoir de trouver un agent qui, tout en empêchant la douleur pendant les opérations, ne porte aucune atteinte à l'organisme. Laissons-leur cette pensée consolante, associons-nous même, s'il le faut, à leurs généreux efforts; mais constatons qu'aujourd'hui le problème n'a point encore été résolu. N'oublions pas, surtout, que la sensibilité est dévolue à tous les êtres vivants, pour qu'ils puissent veiller à leur conservation; qu'on ne saurait les en priver sans de plus ou moins graves inconvénients, et qu'ainsi on ne doit recourir aux anesthésiques qu'avec crainte et réserve.

Votre Commission a l'honneur de vous proposer : 1° d'adresser des remercîments à M. le docteur Debout; 2° de déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie.

Orthopédie physiologique de la main.

Par M. le docteur Duchenne (de Boulogne).

Je me propose de faire connaître dans cet article les appareils d'orthopédie physiologique de la main, que j'ai imaginés d'après les

principes généraux exposés dans les considérations précédentes ([1]), et que j'ai expérimentés avec succès, comme moyens prothétiques et thérapeutiques, dans les paralysies ou atrophies des muscles qui meuvent les doigts, le pouce et le poignet. Je les désigne sous le nom de *gantelets* des extenseurs, des interosseux, des fléchisseurs superficiels et profonds des doigts, des muscles moteurs du pouce et des extenseurs du poignet.

On comprend que ces appareils ne pourront être appliqués que par le médecin qui possédera des connaissances exactes (surtout celles qui ressortent de mes recherches) en anatomie, en physiologie et en pathologie musculaires. Il faut, en effet, déterminer exactement quels sont les muscles affaiblis ou dont l'action est abolie, placer sur chaque appareil plus ou moins de muscles artificiels suivant leur attache et leur direction anatomiques, donner à ces muscles artificiels plus ou moins de tension, selon leur degré de maladie, pour équilibrer leurs différentes forces.

On ne doit pas en conclure que ces appareils soient compliqués et surtout d'une fabrication ou d'un entretien dispendieux. Bien au contraire, je me suis arrangé de façon que l'on pût se passer, à la rigueur, de l'intervention du mécanicien. Jusqu'à présent ils ont été confectionnés sous ma direction par les malades ou leurs parents (riches ou pauvres). Je l'ai exigé dans un but d'économie pour la classe pauvre, pour laquelle l'orthopédie est en général inabordable. Je suis on ne peut plus heureux d'avoir atteint ce but. En effet, ces appareils n'ont coûté que la matière employée, ce qui est insignifiant comparativement au prix du moindre appareil orthopédique qui a passé par les mains des fabricants. Je m'empresse, toutefois, de reconnaître que ces appareils sont beaucoup plus élégants quand ils sont confectionnés par ces derniers.

Je ferai précéder la description et l'étude de chaque appareil par un court résumé des faits physiologiques et pathologiques fondamentaux qui ressortent de mes recherches et qui doivent diriger le praticien dans l'application de l'orthopédie physiologique de la main.

§ Ier. *Orthopédie physiologique des doigts :* A. *Gantelet des extenseurs des doigts.*

Faits physiologiques et pathologiques fondamentaux. — I. Les muscles dits extenseurs des doigts ne sont pas destinés, ainsi qu'on l'a enseigné jusqu'en ces derniers temps, à étendre les trois phalanges. Ils n'agissent physiologiquement que sur les premières pha-

([1]) Voir le numéro précédent, p. 400.

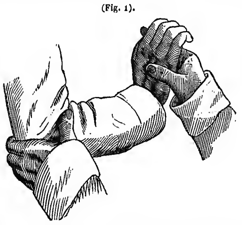
langes. A ce titre on devrait les appeler *extenseurs des premières phalanges.*

Bien que leur tendon, dit médian, se termine à l'extrémité supérieure et postérieure de la deuxième phalange, l'expérience électro-musculaire démontre qu'il n'agit que très-faiblement sur cette deuxième phalange, tandis qu'il étend puissamment la première.

Cette action élective des extenseurs des doigts sur la première phalange a lieu en vertu de petits fibres aponévrotiques qui brident l'action du tendon médian de la face antérieure duquel ils se détachent, pour se fixer à l'articulation métacarpo-phalangienne et à la face postérieure et supérieure de la première phalange.

II. La pathologie confirme les faits électro-physiologiques précédents. En effet, après la paralysie des extenseurs des doigts, l'extension des premières phalanges est abolie, et lorsqu'on les maintient relevées, comme dans la figure 1, on voit que l'extension des deux dernières phalanges sur les premières est conservée intacte. On constate alors par l'exploration électro-musculaire que cette extension des deux dernières phalanges appartient aux interosseux et aux lombricaux. (Je reviendrai sur ce fait dans le prochain paragraphe.)

(Fig. 1).



III. Il fallait que l'action des extenseurs des doigts fût limitée aux premières phalanges, car l'usage de la main nécessite incessamment les mouvements simultanés d'extension de ces premières phalanges et de flexion des deux dernières, comme lorsqu'en écrivant on trace le trait d'avant en arrière; mouvements produits par la contraction synergique des extenseurs des doigts et des fléchisseurs superficiels et profonds; mouvements, enfin, qu'il eût été impossible d'obtenir, si les extenseurs des doigts avaient exercé leur action sur les trois phalanges.

IV. Les extenseurs des doigts ne peuvent agir sur les phalanges sans étendre en même temps la main sur l'avant-bras. Pour parer à cet inconvénient, nous avons la faculté de contracter synergiquement les fléchisseurs de la main, proportionnellement à la force de contraction des extenseurs des doigts ; il en résulte que la main est maintenue fixe entre ces deux forces contraires.

Mais cette contraction des fléchisseurs de la main est instinctive, de sorte que nous ne pouvons l'empêcher toutes les fois que nous voulons étendre les doigts sur les métacarpiens.

Supposons maintenant qu'un sujet dont les muscles extenseurs sont paralysés veuille étendre les doigts, comme pour ouvrir la main, l'excitation cérébrale arrive à la fois aux extenseurs des doigts et aux fléchisseurs de la main; mais que les premiers soient paralysés, les derniers répondent seuls à l'excitation cérébrale, et la main se fléchit avec une grande force, sans qu'il soit possible au sujet de l'empêcher, malgré l'intégrité des extenseurs du poignet.

Veut-on s'opposer à cette flexion instinctive de la main, qui se produit d'une manière très-fatigante chez les sujets affectés de la paralysie des extenseurs des doigts toutes les fois qu'ils veulent saisir un objet, il suffit de maintenir les premières phalanges dans l'élévation à l'aide d'une force légère.

On verra bientôt combien la connaissance de ces faits de pathologie physiologique importe à la construction du gantelet des extenseurs.

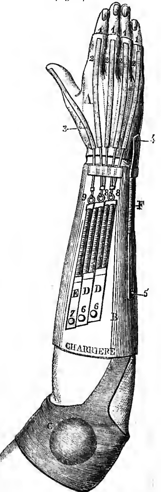
Étude orthopédique du gantelet des extenseurs des doigts. — Produire artificiellement l'extension des premières phalanges, telle est donc l'indication orthopédique à remplir dans la paralysie ou l'atrophie des extenseurs des doigts.

1. Un appareil inventé par Delacroix, dès l'origine de l'orthopédie, remplit cette indication. Il consiste en une lame métallique fixée sur la face dorsale de l'avant-bras, divisée à son extrémité inférieure en quatre tiges faisant ressort et se prolongeant sur la face dorsale de la main jusqu'à l'extrémité supérieure des premières phalanges qu'elles soulèvent à l'aide de petits anneaux fixés à leur extrémité et qui embrassent les doigts au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange.

C'est sans doute après bien des tâtonnements que Delacroix était arrivé à construire cet ingénieux appareil. Il l'employait empiriquement, sans pouvoir se rendre compte de son mécanisme physiologique, que mes recherches électro-physiologiques expliquent parfaitement aujourd'hui.

Mellet a décrit dans le même but un appareil imaginé par lui, et qui, ainsi que je l'ai déjà dit, n'est qu'une mauvaise imitation de l'appareil précédent.

(Fig. 2).



Bien que l'appareil de Delacroix ait rendu des services réels [1], il présente cependant deux défauts : 1° il condamne tous les mouvements du poignet ; 2° il est tellement apparent que les malades éprouven une grande répugnance à le porter. J'ai eu l'occasion de l'expérimenter plusieurs fois, je l'ai même modifié, en substituant à la manière de Mellet le caoutchouc aux tiges à ressort ; les malades n'ont pas tardé à l'abandonner, parce qu'il attirait trop l'attention. Enfin, cet appareil était incommode.

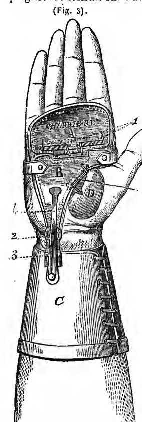
J'ai donc imaginé un appareil qui n'offre aucun de ces inconvénients : c'est le gantelet des extenseurs des doigts.

Voici en quoi il consiste : 1° un gant A, fig. 2, dont les doigts vont jusqu'au tiers supérieur des deuxièmes phalanges, 1, sur lesquelles ils doivent être un peu serrés ; 2° des tendons artificiels fixés à l'extrémité supérieure des premières phalanges, glissant dans des coulisses, 2, cousues sur la face dorsale de chaque phalange et rapprochés les uns des autres, au niveau du poignet où ils sont terminés par de petits anneaux ; 3° une manchette en cuir, B, un peu roide, se laçant ou se bouclant sur l'avant-bras et unie à un bracelet, C, en étoffe, de trois à quatre travers de doigt, et qui est fixée au-dessus du coude pour

[1] Delacroix rapporte qu'un artiste, qui avait perdu ses extenseurs des doigts pouvait jouer du piano avec son appareil.

empêcher la manchette de descendre; 4° enfin deux ressorts métalliques à boudins, DD, recouverts en peau à la manière d'une bretelle, de la force de trois à quatre kilos, fixés sur la partie supérieure de la face postérieure de la manchette 66, dans le voisinage de l'épycondile, et se reliant par des anneaux, 88, aux extenseurs artificiels. Ces ressorts doivent être assez roides pour que le malade puisse étendre les doigts parallèlement aux métacarpiens, pendant que le poignet est étendu sur l'avant-bras.

(Fig. 3).



J'ai expérimenté cet appareil dans une douzaine de cas où la paralysie était limitée à un ou plusieurs doigts, ou siégeait dans le muscle entier, ou s'étendait, en même temps, à d'autres muscles extenseurs du poignet et moteurs du pouce. Non-seulement la fonction des extenseurs des doigts et conséquemment l'usage de la main ont été immédiatement rétablis pendant l'application du gantelet des extenseurs des doigts, mais cet appareil occasionnait si peu de gêne et était si peu apparent, que les malades qui recouvraient ainsi l'usage de la main ne sentaient plus assez la nécessité de suivre les traitements qui pouvaient produire la guérison de leur paralysie, ou auraient contribué puissamment à cette guérison.

II. Il peut arriver que le gantelet des extenseurs soit inapplicable, comme cela m'est arrivé dans un cas où une balle avait traversé la partie inférieure du bras. Le sujet ne pouvait supporter sans douleur la compression légère du bracelet C, fig. 2. J'ai fait construire par M. Charrière un appareil qui peut alors le remplacer, bien que son action me paraisse moins satisfaisante.

Il se compose de deux pièces principales : 1° d'une lame en tôle, fig. 3, fixée à la face antérieure de l'avant-bras (portion brachiale) à l'aide d'une manchette C, qui se lace sur le côté; 2° d'une plaque également en tôle, B, modelée sur la paume de la main (portion

palmaire), articulée au niveau du poignet avec la pièce précédente, de manière à permettre les mouvements de flexion et de latéralité de la main, et se terminant en bas au niveau du point correspondant à l'articulation métacarpo-phalangienne et en dehors au pli cutané qui limite l'éminence thénar. Cette portion palmaire est fixée avec une courroie ou une sorte de mitaine en coutil ou en peau, qui embrasse le métacarpe; 3° d'une troisième plaque, A (portion digitale), appliquée à la face antérieure des premières phalanges et articulée avec la partie supérieure de la portion palmaire. Un ressort fixé à la portion palmaire relève la portion digitale, de manière à soutenir les premières phalanges dans l'extension. Le tout est garni de manière à ne point occasionner de blessure.

Lorsque la paralysie est limitée aux deux doigts, je remplace la portion digitale par deux petites lames creusées en gouttière pour recevoir les premières phalanges et articulées avec la portion palmaire, de manière à permettre les mouvements de flexion et de latéralité de chaque doigt maintenu dans l'extension par des ressorts.

Avec cette description et ce que j'ai dit du mécanisme du gantelet des extenseurs, je crois que l'on doit comprendre le mode d'action de ce dernier appareil.

B. *Gantelet des interosseux.*

Faits physiologiques et pathologiques fondamentaux. — I. Les interosseux exécutent simultanément trois mouvements : 1° l'extension des deux dernières phalanges; 2° la flexion des premières phalanges; 3° l'abduction ou l'adduction des doigts.

Les classiques modernes depuis Bichat n'accordent, pour la plupart, aux interosseux que les mouvements d'abduction ou d'adduction des doigts. Les anciens avaient cependant entrevu les mouvements d'extension des deux dernières phalanges et de flexion des premières exécutés par les interosseux ; mais pour eux cette action était secondaire et appartenait surtout aux muscles extenseurs et fléchisseurs qui siégent à l'avant-bras. Pour eux aussi, comme pour les modernes, l'utilité de ces mouvements en sens inverse, propres à l'action des interosseux, conséquemment les troubles fonctionnels et les déformations occasionnées par les lésions de ces muscles, étaient complétement inconnus.

II. L'exploration électro-musculaire contrôlée par l'observation pathologique m'a démontré que les interosseux sont, physiologiquement, les seuls extenseurs des deux dernières phalanges et les seuls fléchisseurs des premières.

Les lombricaux sont, il est vrai, auxiliaires de ces mouvements, mais à un faible degré; et d'ailleurs ils n'exercent point d'action de latéralité sur les doigts.

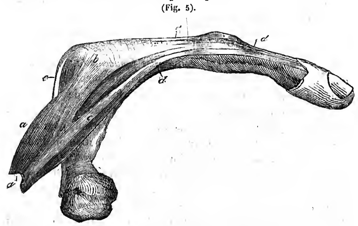
(Fig. 4).



III. La main privée des interosseux perd ses principaux usages. Elle prend la forme d'une griffe quand le malade veut ouvrir la main (Voy. la fig. 4). Elle conserve, à la longue, cette attitude difforme. Alors les premières phalanges se subluxent en arrière sur les métacarpiens. Les deux dernières se subluxent aussi quelquefois en avant.

IV. La direction du tendon des interosseux rend parfaitement compte du mécanisme de leur action en sens inverse sur les phalanges.

(Fig. 5).



Doigt annulaire de la main droite et son interosseux adducteur.
A. Faisceau phalangien de l'interosseux;
B. Attache du faisceau phalangien à l'extrémité supérieure de la première phalange;
C. Faisceau phalangettien de l'interosseux;
DD. Tendon phalangettien de l'interosseux;
EE. Tendon de l'extenseur.

Il ressort, en effet, de nouvelles recherches anatomiques (Voy. la fig. 5) : 1° que ce tendon, dans sa première portion (de l'articulation métacarpo-phalangienne à la partie supérieure de la première pha-

lange), se dirige obliquement de haut en bas, d'avant en arrière, d'où il résulte la flexion de cette phalange sur son métacarpien pendant la contraction du muscle ; 2° que la seconde portion de ce tendon (des bandelettes latérales, dans lesquelles il se continue, à sa terminaison phalangettienne) se trouve placée à la partie postérieure des articulations phalangettiennes et produit conséquemment leur extension. Est-il besoin d'ajouter que les mouvements latéraux des doigts résultent principalement de l'attache du faisceau phalangien de ces muscles à la partie supérieure et latérale des premières phalanges ?

Étude orthopédique du gantelet des interosseux. — Le meilleur moyen d'obtenir artificiellement les mouvements propres des interosseux, c'est d'imiter autant que possible les moyens employés par la nature, la mécanique n'offrant rien d'aussi simple et ingénieux pour obtenir simultanément ces mouvements complexes à l'aide d'une seule force.

I. Voici donc la disposition du gantelet des interosseux : une coulisse cousue sur un gant dans des points correspondants à la face dorsale des deux dernières phalanges d'un doigt, et jusqu'au niveau de l'extrémité supérieure de la première phalange, où elle se bifurque pour remonter obliquement d'arrière en avant de chaque côté de celle-ci jusqu'à la face antérieure de l'articulation métacarpo-phalangienne. Dans ce point, les deux bifurcations se réunissent pour former de nouveau une seule coulissequi descend sur la face palmaire du gant jusqu'au poignet. Les quatre doigts du gant sont disposés de la même manière. Deux lacets en soie fixés à l'extrémité inférieure et postérieure de la phalangette de chacun des doigts sont passés dans la coulisse et en suivent séparément la bifurcation pour se réunir à la face palmaire et sortir au niveau du poignet, où ils se terminent par de petits anneaux. Des élastiques s'agrafent à ces anneaux et se fixent à une manchette en cuir disposée de la même manière que dans le gantelet des extenseurs des doigts.

Lorsqu'on met ces élastiques en tension, on voit les premières phalanges s'infléchir en même temps que les deux dernières s'étendent, comme lorsqu'on fait contracter les interosseux chez le vivant. Veut-on produire un mouvement latéral, il suffit de tendre davantage celui des tendons qui représente l'interosseux abducteur ou adducteur.

Trois fois j'ai eu l'occasion d'appliquer le gantelet des interosseux, entre autres chez un monsieur qui était atteint d'une *atrophie* que j'appellerai *lépreuse* des interosseux[1]. La griffe causée par la perte de ces interosseux était arrivée à un tel degré de diffor-

[1] Je me réserve de publier une note sur ce sujet.

nuité qu'il cachait sa main autant que possible, et que les usages en étaient profondément lésés. Outre les troubles fonctionnels propres à cette lèpre, sa main au repos avait la forme d'une griffe. Quand il portait le gantelet des interosseux artificiels, cette main reprenait son attitude normale, et il pouvait exécuter les mouvements des phalanges en sens inverse, ou étendre les trois phalanges sur les métacarpiens; la griffe en un mot disparaissait.

II. Lorsque les premières phalanges sont arrivées à un certain degré de subluxation sur les métacarpiens et que les articulations métacarpo-phalangiennes sont très-roides, cet appareil est insuffisant comme fléchisseur des premières phalanges, parce que la direction de la force est dans des conditions défavorables.

J'ai fait fabriquer par M. Charrière un appareil pour ces cas particuliers. Il se compose, comme celui représenté dans la figure 4, de trois pièces principales : la première digitale A, la seconde palmaire B, et la troisième antibrachiale C. Ces trois pièces sont articulées entre elles comme dans cette figure. La portion digitale est une planchette présentant sur l'une de ses faces quatre gouttières destinées à recevoir chacun des doigts, dont on maintient les deux dernières articulations, autant que possible, dans l'extension, à l'aide d'un tissu élastique en caoutchouc, comprimant leur face dorsale. La seconde planchette, B, est maintenue appliquée sur la paume de la main; cette dernière planchette se relie à une attelle que l'on fixe à la face antérieure de l'avant-bras. Un fort ressort fixé par l'une de ses extrémités à la planchette digitale A, et se terminant dans une corde à boyau qui passe sur un pont haut de quatre centimètres, est fixé sur la portion palmaire, d'où se réfléchit pour aller s'attacher au niveau du poignet. On tend cette corde graduellement, de manière à incliner progressivement la portion digitale (c'est-à-dire les premières phalanges), sur la planchette B [1].

Avec cet appareil, appliqué au traitement de difformités de la main anciennes, datant même de la naissance, comme celle représentée dans la figure 1, et produites par la paralysie des interosseux, j'ai pu vaincre les roideurs articulaires et rétablir la forme normale.

C. *Gantelet des fléchisseurs superficiels et profonds.*

Faits physiologiques et pathologiques fondamentaux. — I. Les muscles fléchisseurs superficiels profonds ne sont pas destinés,

[1] Cet appareil sera représenté en action dans le prochain article, à l'occasion du gantelet des extenseurs du poignet.

comme on l'a toujours enseigné, à fléchir les trois phalanges. Ils n'ont d'action réelle que sur les deux dernières phalanges. Ce fait est démontré par l'expérimentation électro-musculaire, et mieux encore par l'observation pathologique. Ainsi les fléchisseurs superficiels et profonds ont-ils cessé d'agir, la flexion des premières phalanges n'en est pas moins faite avec une très-grande force (1). Mais que le sujet vienne à perdre ses interosseux qui, ainsi que je l'ai dit précédemment, sont les fléchisseurs réels des premières phalanges, les deux dernières phalanges sont seules fléchies avec force. Enfin, l'action des fléchisseurs superficiels et profonds sur les premières phalanges est si faible que seuls, c'est-à-dire sans les interosseux, ils ne peuvent lutter avec la force tonique des extenseurs des premières phalanges, qui, à la longue, ainsi qu'on l'a vu précédemment, entraînent les premières phalanges dans une extension exagérée et les subluxent en arrière. (Voy. la fig. 4.)

II. Le but de la nature est ici facile à saisir. L'usage de la main, comme je l'ai déjà dit à l'occasion du gantelet des extenseurs des doigts, nécessitant fréquemment les mouvements simultanés de flexion des deux dernières phalanges et d'extension des premières, il fallait qu'elle limitât l'action des fléchisseurs superficiels et profonds aux deux dernières phalanges, de même qu'elle a limité l'action des extenseurs aux premières, puisque ces mouvements en sens inverse ne peuvent être obtenus que par la contraction synergique de ces muscles.

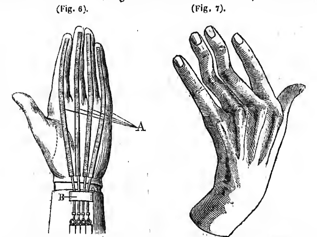
Les faits précédents expliquent pourquoi, consécutivement à la paralysie des fléchisseurs superficiels et profonds, les deux dernières phalanges sont dans une extension continue, et pourquoi la flexion et l'extension des doigts étendus sont les seuls mouvements possibles.

Étude orthopédique du gantelet des fléchisseurs superficiels et profonds.—I. Produire la flexion des deux dernières phalanges avec une force élastique assez grande, mais réglée de telle sorte qu'elle ne puisse exercer son action sur les premières phalanges, telle est l'indication à remplir dans la paralysie des fléchisseurs superficiels et profonds.

(1) M. Chassaignac a bien voulu soumettre à mon observation un homme dont les tendons fléchisseurs superficiels et profonds, divisés par un instrument tranchant au niveau du poignet, ne s'étaient pas réunis après la guérison de la blessure. Bien qu'il eût perdu, avec l'action de ces muscles, la flexion des deux dernières phalanges, j'ai constaté qu'il fléchissait puissamment les premières phalanges sur les métacarpiens (par exemple celle de l'index, avec une force de 15 kilos).

L'appareil que j'ai expérimenté avec succès dans ce cas se compose d'un gant, d'une manchette et d'un bracelet, comme pour le gantelet des extenseurs ; quatre coulisses, A, fig. 6, cousues sur la face antérieure de chaque doigt, se réunissent au niveau du poignet. Dans ces coulisses glissent des lacets en soie, cousus à l'ex-

(Fig. 6). (Fig. 7).



trémité antérieure des phalangettes, et s'attachant à des ressorts fixés sur la manchette. Au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne, chaque doigt est fendu transversalement à la face dorsale, pour donner plus de liberté au mouvement de flexion des deux dernières phalanges. Ces ressorts ne doivent pas avoir plus d'un centimètre et demi de course, ce qui suffit pour permettre la flexion et l'extension des deux dernières phalanges ; ils sont réglés de manière à ne pas avoir d'action sur les premières phalanges.

Ce gantelet rétablit les mouvements en sens inverse des phalanges abolis par la paralysie des fléchisseurs superficiels et profonds.

II. Par le fait de la paralysie des fléchisseurs des deux dernières phalanges, l'extension de celles-ci, n'étant plus modérée par les muscles antagonistes, s'exagère, et les fibres qui brident l'action du tendon médian, et conséquemment les interosseux, s'allongeant graduellement, les phalanges s'infléchissent sur leur face dorsale et forment une sorte de griffe renversée (Voy. la fig. 7). De plus, l'attitude d'extension continue des deux dernières phalanges produit, après un certain temps, la roideur de leurs articulations.

Le gantelet des fléchisseurs superficiels et profonds, appliqué à mps, prévient ces déformations.

Mais lorsque les ligaments sont déjà rétractés et les articulations roidies, ce gantelet a besoin d'être modifié. A l'aide d'un gantelet mixte des fléchisseurs des deuxièmes et troisièmes phalanges et des extenseurs des premières, agissant surtout pendant la nuit d'une manière continue, comme la force tonique musculaire, j'ai pu rendre à ces articulations leur souplesse et l'étendue de leurs mouvements. (*La fin à un prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Préparations médicinales diverses dans lesquelles la glycérine joue le rôle d'excipient ou de dissolvant (glycérolés nouveaux).

Nous avons insisté à plusieurs reprises sur les propriétés remarquables de la glycérine et sur les avantages qu'elle peut offrir dans la pratique pharmaceutique par la faculté qu'elle présente de dissoudre ou de suspendre un très-grand nombre de substances, d'être peu volatile et de présenter même une qualité de persistance remarquable, d'offrir une saveur sucrée, susceptible de masquer un très-grand nombre de substances au goût plus ou moins désagréable. Aux glycérolés nombreux que nous avons fait connaître, nous croyons pouvoir ajouter la liste suivante donnée par un pharmacien anglais, qui s'est occupé beaucoup de la question de la glycérine, M. Wilson :

1° *Glycérolé au sulfate de quinine*, 7 1/2 centigrammes de sulfate pour 4 grammes de glycérine. Liquide clair et d'une belle couleur paille clair, avec un goût assez vivement amer.

2° *Glycérolé à l'iodure de quinine*, 5 centigrammes pour 4 grammes. Liquide clair, d'une belle couleur ambrée et d'une saveur fortement amère.

3° *Glycérolé au citrate de fer et de quinine*, 25 centigrammes pour 4 grammes. Liquide épais, opaque, d'une couleur jaune verdâtre, d'une saveur fortement métallique et styptique.

4° *Glycérolé à l'iodure de fer*, 25 centigrammes pour 4 grammes. Liquide d'une belle couleur jaune citron et d'une saveur fortement ferrugineuse.

5° *Glycérolé au proto-carbonate de fer*, huit fois la force de la mixture de fer composée de la pharmacie de Londres. Liquide opaque d'un vert foncé et d'une saveur ferrugineuse légère.

6° *Glycérolé à l'ammonio-citrate de fer*, 40 centigrammes pour 4 grammes. Liquide opaque, d'une couleur d'iode foncée et d'une saveur légèrement ferrugineuse.

7° *Glycérolé au piro-phosphate de fer*, 25 centigrammes pour

4 grammes. Liquide opaque, d'un blanc de lait, d'une saveur légèrement ferrugineuse.

En citant les glycérolés médicamenteux, M. Wilson indique la préparation avec la glycérine de l'essence de séné ou de rhubarbe, de l'essence de citron, de cannelle, de girofle, ainsi qu'un glycérolé de suc de citron. Ce dernier, préparé à parties égales de suc et de glycérine, est d'une couleur pâle d'un blanc laiteux, opaque, a un goût acidulé agréable et une forte odeur de citron. Quant à l'essence de citron préparée avec la glycérine, c'est un liquide transparent, d'une belle couleur jaune paille, d'un goût et d'un arome délicieux de citron. L'essence de cannelle est un liquide opaque, couleur de vin de Porto, au goût agréable et à l'odeur caractéristique. L'essence de girofle est un liquide opaque, d'un rouge brunâtre foncé, au goût et à l'odeur agréable de girofle.

Rappelons de nouveau ici que toutes les préparations pour l'usage interne réclament l'emploi d'une glycérine parfaitement pure, telle que celle qui est préparée actuellement en Angleterre par le dédoublement des corps gras; la glycérine qu'on trouve en France dans le commerce de la droguerie ne donnerait que des résultats peu satisfaisants, à cause de sa mauvaise préparation et de sa rectification imcomplète.

Nouveau caustique de Vienne.

Le caustique de Vienne est devenu d'un usage trop général dans la pratique pour qu'on ne doive pas accueillir avec faveur toutes les tentatives qui ont pour objet d'obvier à quelques-uns de ses inconvénients et d'en faciliter l'application. M. le docteur Dujardin, chirurgien de l'hospice général de Lille, a remarqué, avec la plupart des chirurgiens qui ont fait un grand usage de la poudre de Vienne, deux choses : d'abord qu'elle perd presque toute sa force quand elle est préparée depuis longtemps; ensuite, qu'elle forme souvent avec l'alcool une pâte peu homogène, grumeleuse, durcissant en peu de temps et s'étendant difficilement en couche uniforme. Ces inconvénients, qui proviennent de réactions chimiques entre la potasse et la chaux, qui n'est jamais pure, et dont la composition varie suivant les localités, ont engagé M. Dujardin à chercher de nouvelles formules pour la préparation de cette poudre. En voici plusieurs qui paraissent lui avoir donné de bons résultats :

1° Magnésie calcinée et potasse caustique, parties égales;

2° Argile séchée au feu et potasse caustique, parties égales;

3° Sable fin séché au feu et potasse caustique, parties égales;

4° Poudre impalpable de pierre ponce séchée au feu, et potasse caustique, parties égales.

Pulvérisez et conservez dans des flacons bien bouchés.

On voit que toutes les poudres qui ne sont pas attaquées par la potasse peuvent servir pour cette préparation.

De ces quatre préparations, la seconde, la poudre *argilo-potassique*, est celle que M. Dujardin a exclusivement adoptée depuis un an. Il affirme, après en avoir fait très-souvent usage, qu'elle lui a toujours procuré d'excellents résultats.

Nouvelle pâte caustique au chlorure de zinc et au gluten,

Par M. Sommé, interne en pharmacie des hôpitaux.

Le progrès en thérapeutique se lie quelquefois aux détails les plus infimes, et l'on demeure étonné lorsqu'on réfléchit à la portée acquise par certains agents, sous l'influence des modifications en apparence les plus insignifiantes. L'histoire du chlorure de zinc nous en fournit un exemple. Depuis bien longtemps on connaissait les propriétés de cet agent escarrotique, mais sa déliquescence l'avait éloigné de la pratique. M. Canquoin vient et nous montre qu'en mélangeant ce puissant caustique avec la farine de seigle on forme une pâte, que l'on peut ensuite étendre en couches minces, à l'aide d'un rouleau, puis découper en plaques, dont la forme et l'étendue commanderaient celles de l'escarre qu'on voudrait produire, et, dès ce moment, le chlorure de zinc prend une place des plus importantes dans la médication caustique. Ce résultat nous prouve une fois de plus que rien n'est à négliger dans la pratique; aussi croyons-nous devoir mettre en relief les avantages que M. Sommé signale lorsqu'on vient à substituer le gluten à la farine pour la préparation de la pâte Canquoin. M. Sommé a été conduit à cette modification par la remarque que cette pâte était d'autant plus liante et facile à conserver que la farine qu'il avait employée était plus riche en gluten; de là l'idée d'extraire ce principe de la farine pour l'associer directement au chlorure de zinc. Voici le mode de préparation tel que M. Sommé le décrit dans le Journal de Chimie médicale :

On prend de la farine de froment de première qualité afin d'obtenir une plus grande quantité de gluten, on en fait une pâte ferme avec une quantité d'eau suffisante que l'on verse dans un mortier, on piste pendant quelque temps, on laisse le *pâton* se gonfler pendant une heure, puis on le met au fond d'un petit sac en toile à

mailles peu serrées, mais résistantes, et qui sert de nouet ; on ferme l'ouverture de manière que les plis s'arrêtent près du pâton, on le lie en cet endroit à l'aide d'un fil et on le place sous un filet d'eau très-mince, au-dessus d'un tamis ; on malaxe ; l'eau entraîne l'amidon, et le gluten reste dans le sac ; quand l'eau cesse de couler trouble, on retire le gluten, on le met sécher à l'étuve, à — 33°, dans une assiette légèrement huilée ; quand il est parfaitement sec et cassant, on le réduit en poudre très-fine dans un mortier de fer et on le tamise [1]. Comme ce travail est assez long, il sera bon d'avoir préparé à l'avance une quantité de ce gluten en poudre, lorsqu'on voudra préparer le caustique au chlorure de zinc.

On prend donc parties égales de chlorure de zinc et de gluten en poudre, et l'on opère de la manière suivante : on met le chlorure de zinc dans une capsule de porcelaine, on le dissout dans l'alcool à l'aide d'une douce chaleur, en triturant légèrement avec un petit pilon de porcelaine. On répand alors uniformément le gluten en poudre au sein de la masse liquide, et on triture de manière à l'y incorporer complétement. Quand l'opération est terminée, ce dont on s'aperçoit parce que l'alcool a disparu par l'évaporation, on enlève la pâte à l'aide d'une spatule de bois, et on la conserve dans des pots ou dans des flacons à large ouverture, dans lesquels on peut mettre par précaution une petite quantité d'oxyde de zinc ou de poudre de lycopode, pour empêcher l'adhérence aux parois des vases.

Cette pâte est très-plastique et peut rester très-longtemps exposée à l'air sans se liquéfier. On peut l'employer telle quelle, ou l'étirer avec les doigts, en la plaçant entre l'œil et la lumière, de manière à obtenir partout une même épaisseur : sa consistance est telle, qu'il est inutile de l'appliquer sur un sparadrap agglutinatif ; elle n'adhère pas aux doigts et conserve la forme qu'on lui donne ; on peut la manier impunément, pourvu qu'on n'ait pas d'excoriations sur la peau.

J'en ai confectionné des petits cylindres de toutes dimensions, que j'ai fait sécher à la chaleur de l'étuve et conservés dans des flacons bouchés ; ils acquièrent la dureté du bois et peuvent ainsi être introduits dans des fistules très-profondes : plusieurs spécimens de ce genre ont été appliqués à l'hôpital des Cliniques, dans

[1] On peut, au lieu de faire le gluten à l'aide d'un tissu, le faire à la main, lorsqu'on n'aura besoin que d'une petite quantité de gluten. — On pourra aussi employer la farine de gluten, maintenant préparée en grand et livrée au commerce pour l'alimentation des diabétiques.

le service de M. Nélaton, et leur action énergique n'a pas laissé de doute sur le bon mode de préparation.

On peut donc employer ce caustique sous toutes les formes, en *masse*, en *cylindres* et en *plaques*.

Mais désire-t-on avoir un véritable sparadrap, qui offre une pâte caustique dont l'effet soit limité sans se répandre au delà du mal, je fais dissoudre 30 parties de chlorure de zinc dans 40 ou 50 grammes de collodion élastique; j'obtiens ainsi, après agitation dans un flacon bouché à l'émeri, une masse plastique liquide dont j'étends une couche uniforme, à l'aide d'une spatule, sur un linge de toile serrée (on ne l'applique pas sur le sparadrap chirurgical, à cause du chlorure de plomb qui se formerait par double décomposition) ; on expose cette toile à l'air chaud pendant quelques secondes ; l'éther se volatilise, de manière qu'on obtient une véritable éponge, dont les cellules, qui retiennent le chlorure de zinc, sont formées uniquement par la xyloïdine du collodion.

L'emploi du collodion a l'avantage d'agir comme anesthésique, et de calmer jusqu'à un certain point la douleur causée par le caustique; il se forme dans ce cas une petite quantité d'éther zincé ou *zincaster* des Allemands, liqueur qui est employée par gouttes comme antispasmodique.

Je proposerais aux praticiens l'addition d'une petite quantité de laudanum dans cette pâte, pour chercher à pallier les douleurs qui résultent toujours de son application ; et comme ce sparadrap peut être fait au moment même de s'en servir, ils prescriraient eux-mêmes la dose d'opium qu'ils désirent faire entrer dans le médicament.

M. Nélaton a employé déjà fréquemment cette pâte, tant à l'hôpital que dans sa clientèle particulière, et lui a reconnu les avantages qu'il désirait. M. Ad. Richard, qui a remplacé M. Nélaton à l'hôpital des Cliniques, pendant les mois de septembre et d'octobre 1856, a eu plusieurs fois occasion de se servir de cette préparation, et l'a mise en usage dans le traitement de plusieurs affections chirurgicales.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Douches d'acide carbonique, appareils employés pour les administrer.

Les injections d'acide carbonique, employées comme anesthésiques dans les affections carcinomateuses de l'utérus, donnent chaque

jour de nouveaux résultats qui viennent confirmer la valeur thérapeutique et les services que l'on peut attendre de ce gaz dans un mal dont le soulagement est si souvent au-dessus des ressources de l'art.

Les recherches de M. Simpson, continuées en France par plusieurs chirurgiens, ont généralement conduit à constater, dans la majorité des cas, ce qui avait été annoncé, c'est-à-dire l'engourdissement de la douleur.

Le fait de l'anesthésie était évident; quelles étaient donc les circonstances les plus favorables à la réussite des injections, et quel appareil remplissait le mieux les conditions pour arriver au but? Tels étaient les deux points sur lesquels l'expérience seule pouvait prononcer.

Il est résulté des nombreuses applications faites par M. Demarquay, dans le service de M. Monod, à la maison municipale de santé, et des observations prises avec soin, que trois fois sur quatre le gaz acide carbonique a eu une action manifeste lorsqu'il a été employé pour un cancer ulcéré du col, tandis que, pour les névralgies et les autres affections sans ulcérations du corps ou du col de l'utérus, ce n'est que dans des proportions beaucoup plus restreintes qu'il a donné un soulagement réel.

Cette condition de succès avait déjà été notée par Ingen-Houz, physicien hollandais. Dans un travail historique lu à la Société de chirurgie, M. Follin cite une lettre de cet expérimentateur à un de ses amis; il s'exprime en ces termes : « Articulum à cute digiti vel quâcumque manus parte separa..., mox læsam partem in acrem mephiticum, sive azoticum, *gaz acidum carbonicum...* immerget; dolor brevi intumescet vel evanescet. » Il ne peut y avoir aucun doute sur la pensée de l'auteur, l'expérience était bien précise et le fait concluant, ainsi que le prouve la fin de la lettre.

La même remarque s'applique à la muqueuse intestinale dépouillée de son épiderme, et dans un cas de tumeurs hémorrhoïdaires sur lesquelles le caractère actuel devait être porté; une douche préalable d'acide carbonique a notablement diminué la sensibilité ordinairement si grande en pareille circonstance.

Le cancer du rectum, comme celui du col utérin, lorsqu'il se trouve dans les mêmes conditions d'ulcération, paraît également subir l'influence anesthésique du gaz. Il faut avouer cependant que les succès n'ont été ni aussi complets ni aussi nombreux que dans le premier cas. Il n'est du reste pas encore possible de se prononcer d'une manière bien positive sur ce dernier point; trop peu de ma-

lades ont été soumis à ce traitement pour qu'il soit permis de conclure favorablement ou défavorablement.

Bien loin de prétendre que l'acide carbonique possède des vertus curatives, il faut toutefois dire, parce que c'est le résultat de l'observation, qu'il joint à l'action palliative une autre propriété, celle de déterger les plaies de mauvaise nature, de leur donner un aspect meilleur et peut-être d'en activer la cicatrisation.

Nous citerons un seul fait : une dame, âgée de soixante ans, entre à la maison de santé pour un carcinome du col et de la cloison recto-vaginale, communiquant largement avec le vagin. Cette malade, empoisonnée par un écoulement ichoreux très-abondant, et en proie à des douleurs lancinantes qui ne lui laissaient prendre aucun repos, était arrivée au dernier degré d'épuisement, et tout faisait présumer une fin prochaine. Vers les premiers jours du mois d'octobre dernier, elle commença l'usage des douches d'acide carbonique; au bout de quinze jours on pouvait déjà constater une grande amélioration dans l'état général et dans l'état local. L'écoulement était incomparablement moins considérable, les douleurs ne revenaient qu'à intervalles éloignés et d'une manière passagère, l'aspect de la plaie était rosé, bien différent de la coloration blafarde, grisâtre, qu'elle présentait auparavant, et les dimensions de la fistule avaient aussi subi l'influence de cette amélioration. Cette dame, malgré la période avancée de la maladie, est dans une position bien plus supportable qu'il y a six mois, et matin et soir elle s'administre la douche qui lui donne le calme pour la journée et la nuit. Ce cas peut être rapproché de celui de Jonh Ewart, chirurgien de Bath, cité par M. Follin dans la note lue à la Société de chirurgie (séance du 29 octobre 1856) et qui a trait à un ulcère de la partie supérieure de la mamelle gauche. Nous pourrions encore faire connaître d'autres faits dans lesquels pareil phénomène a été observé, et qui viennent à l'appui de celui que nous avons rapporté.

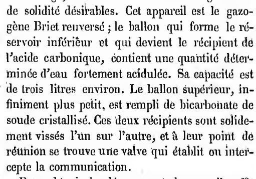
Pour administrer les douches d'acide carbonique, ou plutôt pour obtenir le dégagement du gaz, plusieurs appareils ont été proposés. Ils ont tous rempli le but qu'on en pouvait attendre, lorsqu'ils ont fourni la quantité d'acide carbonique nécessaire à l'expérience. M. Demarquay qui, dès le commencement, employa le gazogène Briet, nous fit cependant remarquer qu'un courant d'une certaine intensité, dirigé sur les *parties malades*, agissait beaucoup plus promptement et d'une manière bien plus certaine. Cette remarque, justifiée par l'observation, lui donna l'idée d'un appareil qui dégageât pendant un certain temps, et sous une pression convenable,

autant de gaz qu'il en était besoin, sans recourir sans cesse à une nouvelle préparation et sans avoir à craindre la rupture et les éclats du vase récipient.

MM. Mondollot construisirent à cet effet un nouveau modèle de gazogène tout en plomb, composé de deux réservoirs superposés et de capacité différente. Le supérieur, plus petit, contenait de l'acide sulfurique qu'on faisait écouler au moyen d'un robinet dans l'inférieur, beaucoup plus grand, et renfermant environ 500 grammes d'une solution concentrée de bi-carbonate de soude; un manomètre mis en communication avec ce réservoir indiquait la pression supportée par ses parois.

Cet appareil, malgré tous les avantage qu'il réunissait, présentait encore trop d'inconvénients pour qu'on s'arrêtât définitivement à son emploi. Son poids, la difficulté de l'écoulement de l'acide, par suite de la tension du gaz dégagé, et sa sortie par les surfaces de frottement du robinet, en rendaient l'usage sinon impossible, au moins extrêmement difficile.

MM. Mondollot, mettant à profit les objections et les conseils de M. Demarquay, perfectionnèrent leur premier modèle; ils mirent de nouveau le cristal en usage, et cette fois avec toutes les garanties de solidité désirables. Cet appareil est le gazogène Briet renversé; le ballon qui forme le réservoir inférieur et qui devient le récipient de l'acide carbonique, contient une quantité déterminée d'eau fortement acidulée. Sa capacité est de trois litres environ. Le ballon supérieur, infiniment plus petit, est rempli de bicarbonate de soude cristallisé. Ces deux récipients sont solidement vissés l'un sur l'autre, et à leur point de réunion se trouve une valve qui établit ou intercepte la communication.



Pour obtenir le dégagement du gaz, il suffit de laisser tomber dans l'eau acidulée, en ouvrant la valve, une certaine quantité de bicarbonate; la pression est immédiatement indiquée par un petit manomètre métallique de Bourdon adapté au ballon inférieur.

Avec cet appareil, on peut prolonger les douches pendant un temps indéterminé; l'intensité du courant est augmentée ou diminuée à volonté, l'aiguille du manomètre indiquant continuellemen le nombre d'atmosphères auquel il est soumis.

Journellement les malades du service chirurgical de la maison de santé affectées de cancers de l'utérus, et le nombre en est proportionnellement beaucoup plus grand que dans les hôpitaux, prennent elles-mêmes leurs injections ; et si l'on considère que ce moyen de soulagement, par sa simplicité, peut être mis entre les mains de personnes étrangères à la médecine, on sera convaincu des services que l'acide carbonique peut rendre le plus souvent dans une maladie si fréquente et si douloureuse. Jusqu'à présent l'observation semble démontrer que l'organisme ne devient point réfractaire à l'action prolongée du gaz, comme il le devient à l'ingestion des préparations opiacées ; ce seul fait, s'il est ultérieurement confirmé, prononcerait d'une manière définitive.

M. Demarquay poursuit en ce moment de nouvelles recherches dans le but de faire cesser les douleurs lorsque l'acide carbonique a échoué. Ces expériences consistent à faire passer un courant de ce gaz dans un flacon contenant un éther jouissant de propriétés anesthésiques, et à diriger ce courant chargé de vapeurs éthérées sur les points à rendre insensibles.

L'amylène a déjà été employé depuis quelque temps d'une manière comparative et avec avantage; bientôt une plus longue expérimentation sur une série d'agents analogues permettra de porter un jugement sur leur valeur relative. J. PAUPERT.

BULLETIN DES HOPITAUX.

RÉSULTATS DES OPÉRATIONS DE TRACHÉOTOMIE PRATIQUÉES DANS LES CAS DE CROUP A L'HÔPITAL DES ENFANTS MALADES PENDANT L'ANNÉE 1856. — Nous avons insisté à plusieurs reprises sur les avantages qu'offre la trachéotomie pratiquée de bonne heure et avec les précautions convenables dans le traitement du croup; nous avons fait connaître en particulier les circonstances qui expliquent les insuccès si communs de cette opération à une autre époque, et l'espèce de série de succès qui sont constatés depuis un certain temps à l'hôpital des Enfants malades. Aujourd'hui nous voulons placer sous les yeux de nos lecteurs un document plein d'intérêt consigné dans sa thèse inaugurale par un interne de cet établissement, M. le docteur André ; c'est le tableau synoptique des enfants opérés à l'hôpital des Enfants malades en 1856.

Age.	Morts. Nombre.	Garçons.	Filles.	Guérisons. Garçons.	Filles.
15 mois à 2 ans.....	6	2	4	»	»
2 à 3 ans.........	9	4	3	2	»
3 à 4 ans.........	13	5	4	4	»
4 à 5 ans.........	11	6	3	1	1
5 à 6 ans.........	6	3	1	1	1
6 à 6 1/2.........	3	1	1	»	1
7 ans.............	2	»	1	»	1
8 ans.............	2	»	1	1	»
9 ans.............	1	»	»	1	»
9 ans 1/2.........	1	»	»	»	1
	54	21	18	10	5

Comme on le voit, l'opération de la trachéotomie a compté de nombreux succès; près du tiers des opérés ont été guéris, et les succès les plus remarquables ont été fournis par les enfants de 9 ans et 9 ans et demi, puis par ceux de 5 à 6 ans. Viennent ensuite ceux de 4 à 5 ans, ceux de 6 ans et 6 ans et demi, et ceux de 3 à 4 ans. De tous les âges, le plus malheureux a été celui de 15 mois à 2 ans: 6 opérations, 6 décès.

On peut donc poser en principe général que les enfants supporteront d'autant mieux la trachéotomie, avec toutes ses conséquences, qu'ils seront plus âgés; tous les malades de moins de 2 ans figurent dans les morts; tous les autres qui ont succombé, deux exceptés, avaient à peine dépassé cet âge, et si on rencontre parmi les morts deux enfants un peu plus âgés (de 7 à 8 ans), c'est qu'un accident ou des affections qui existaient au moment de l'opération, des tubercules pulmonaires par exemple, les ont emportés ou ont contribué à leur fin.

Quelle explication peut-on donner de ces faits? Voici, selon M. André, la plus plausible et celle qui paraît fournie par les observations elles-mêmes. Les enfants âgés de 4 ans guérissent plus fréquemment que ceux d'un âge moindre, parce que, d'une manière générale, ils présentent une résistance plus énergique, soit aux accidents de l'opération elle-même, tels que l'hémorrhagie et la fièvre traumatique, soit à la diphthérite, soit aux maladies qui peuvent survenir à titre de complication, bronchite capillaire, pneumonie; ils sont plus dociles et se prêtent mieux à toutes les manœuvres qu'exige l'examen souvent répété de la canule et de la plaie, à l'alimentation si essentielle et souvent si difficile chez les très-jeunes enfants trachéotomisés. C'est aussi très-probablement à la résistance plus grande des garçons qu'il faut rapporter le nombre relativement plus considérable de guérisons qui leur appartiennent, dans la pro-

portion de la moitié au tiers des opérés. Enfin, une circonstance sur laquelle nous pouvons d'autant plus insister qu'elle nous a frappé également, pendant notre passage à l'hôpital des Enfants, c'est la déplorable facilité avec laquelle ces petits malheureux, s'ils n'ont eu antérieurement la rougeole ou la scarlatine, la contractent pendant leur séjour dans les salles ; et, contrairement à ce qui se passe habituellement, les fièvres éruptives étant peu fréquentes avant l'âge de 5 ans, la scarlatine n'a pas atteint moins de 10 malades parmi ceux dont il vient d'être parlé, dont un tiers a succombé.

Les relevés de M. André confirment enfin une opinion qui a trouvé beaucoup de partisans parmi les médecins et chirurgiens de l'hôpital des Enfants, mais qui en trouvera vraisemblablement moins ailleurs, c'est le danger des médications débilitantes, sangsues, saignées, vésicatoires, au point de vue du succès ultérieur de la trachéotomie; cette pratique ayant seule empêché, dans certains cas, le succès d'une opération qui aurait pu prolonger les jours des malades, sinon les guérir. Nous ne voudrions pas cependant qu'on se hâtât trop non plus de recourir à la trachéotomie, et rien ne prouve que les mêmes moyens dont nous venons de parler, si dangereux chez les enfants débilités par quelque cause que ce soit, eussent été sans avantages dans d'autres circonstances. Tout dépend, en effet, des conditions particulières du sujet.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Acné. *Son traitement par les préparations d'iodure de mercure.* Nous avons fait connaître, il y a quelque temps, les résultats encourageants que M. le docteur Rochard a obtenus de l'usage d'un nouveau sel découvert par M. Boutigny, l'iodure de chlorure mercureux, dans le traitement de quelques-unes des maladies cutanées réputées les plus rebelles, et en particulier de l'acné. Partant de ces données, et convaincu, d'autre part, par ses propres observations, que l'acné est une maladie locale, indépendante de toute diathèse et de toute autre affection, M. le docteur Hardy, médecin de l'hôpital Saint-Louis, après avoir expérimenté plusieurs substances, est arrivé, en dernier lieu, à de bons résultats avec les pommades à base de protoiodure et de biiodure de mercure.

M. Hardy a employé, pour combattre les diverses formes d'acné, deux modes de traitement, semblables pour le but, mais différents par l'intensité de l'agent modificateur. Le premier consiste dans des onctions journalières avec une pommade mercuriolle contenant, pour 30 grammes d'axonge, de 75 centigr. à 1 gramme de protoiodure de mercure, ou bien de 10 centigr. à 25 centigr. de biiodure de mercure. Ces onctions sont suivies d'un peu de chaleur à la peau, d'une légère cuisson; la coloration rouge est augmentée pendant quelques jours, l'épiderme devient sec, cassant, et s'exfolie, puis l'amélioration survient progressivement, et la guérison peut être obtenue complétement après un, deux ou trois mois de traitement, même dans des cas graves.

Dans le second mode de traitement, la modification est bien plus puissante. La pommade, contenant partie

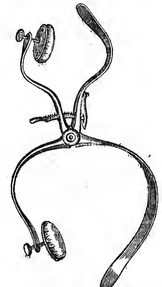
égale d'axonge et de biiodure, est appliquée, liquéfiée par la chaleur, sous forme de pâte liquide, sur les parties les plus malades. Cette application est suivie de douleurs vives, de rougeur, de gonflement et d'une sorte de vésication promptement recouverte par des croûtes molles, jaunes, inégales, absolument semblables aux croûtes impétigineuses. Après plusieurs applications (de quatre à sept ou huit), renouvelées à une dizaine de jours de distance, une modification suffisante est habituellement obtenue, et la guérison est complète.

M. Hardy rapporte, à l'appui de ces effets, plusieurs exemples qu'il serait trop long de reproduire ici. Toutefois, il ne se dissimule pas que la douleur excessive produite par ce second mode de traitement constitue un très-grand inconvénient. Aussi paraît-il disposé à lui préférer habituellement les onctions faites avec la pommade de biiodure à faible dose, et à n'employer la pommade concentrée que dans les cas les plus graves, alors que les pustules d'acné indurée dominent, et surtout lorsqu'il existe une hypertrophie notable de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (acné hypertrophique), ou bien, comme dernier moyen, lorsque la maladie a résisté aux faibles doses.

Les résultats du traitement par la pommade concentrée présentent, ainsi qu'on peut le voir d'après ce qui précède, une assez grande ressemblance, dans leurs effets physiologiques et thérapeutiques, avec ceux qui ont été obtenus par les onctions avec la pommade d'iodure de chlorure mercureux dont se sert M. Rochard. Ces deux méthodes sont également passibles, jusqu'à un certain point, du même reproche, celui de provoquer de vives douleurs. Ce qui fait donner à M. Hardy la préférence au biiodure de mercure sur le sel double de M. Boutigny, pour les cas graves, malgré cette communauté d'inconvénients, c'est le peu de fixité de cette dernière préparation et la proportion mal définie de ses éléments constituants.

Comme moyens adjuvants du traitement topique principal, M. Hardy emploie souvent au début les purgatifs et les bains de vapeur; les douches de vapeur simples ou sulfureuses lui ont paru utiles vers la fin pour compléter la modification heureuse déjà obtenue. Il a également employé, dit-il, avec avantage, les lotions sur la figure avec de l'eau très-chaude, ou mieux encore avec de l'eau chaude additionnée d'une légère dose de sublimé. Ce dernier moyen doit même être continué pendant plusieurs mois pour empêcher le retour de la maladie. (*Monit. des Hôpit.*, avril.)

Amputations *Nouveau modèle de tourniquet.* On sait de combien de tourniquets la chirurgie est déjà dotée; chacun connaît en particulier le tourniquet de J.-L. Petit, un des premiers et des plus simples, et certainement le meilleur de tous les anciens instruments de ce genre. Mais ce tourniquet, malgré ses nombreux avantages, n'est pas toujours facile à appliquer et plus d'une fois s'est détaché au milieu d'une opération, au grand détriment du malade et à la grande terreur du chirurgien; ce défaut doit être attribué plutôt aux matériaux dont il est composé qu'à sa forme. Ces dernières années ont vu surgir les tourniquets de Signoroni et de Skey, deux bons instruments qui ont conquis une certaine vogue.



Le tourniquet du docteur Gross, professeur de chirurgie à Philadelphie, présente, au dire de son inventeur, les avantages suivants: 1° son application est facile; 2° il peut exercer une pression plus forte que les autres; 3° il s'adapte facilement à des membres de volumes variés; 4° il ne com-

prime que deux points, savoir : l'artère et le point diamétralement opposé à l'artère ; 5º enfin il peut être facilement relâché ou enlevé à toutes les périodes de l'opération. Avec une légère modification, cet instrument pourrait être facilement appliqué sur l'artère fémorale à son point d'émergence, ou même sur l'iliaque externe, juste au-dessous du ligament de Poupart, dans le cas d'amputation dans l'articulation de la hanche, et de même sur l'artère axillaire, dans le cas de désarticulation de l'épaule.

On verra, en jetant un coup d'œil sur la figure, que cet instrument est composé de deux tiges de courbures différentes, réunies par une vis et réglées par une crémaillère. Chaque branche est munie d'une pelote rendue mobile par une vis et destinée à être appliquée sur l'artère qu'on veut comprimer. On a ainsi deux tourniquets, un grand pour la cuisse, un petit pour le bras ou la cuisse d'un petit sujet. (*North American med. chir. Review*, janvier.)

Gangrène *glycoémique* (*Nouveaux faits de*). On sait que M. le docteur Marchal (de Calvi) a cherché à établir, d'après quelques faits d'observation, que la grangène spontanée ou sénile, que l'on a généralement et presque exclusivement rattachée jusqu'ici à l'ossification artérielle, reconnaît en réalité pour cause, dans le plus grand nombre des cas, la glucosurie ou le diabète sucré. Depuis que M. Marchal a publié les faits qui lui ont fait admettre cette nouvelle étiologie de la gangrène spontanée, plusieurs faits confirmatifs sont venus l'appuyer. Voici deux nouveaux cas qui tendent également à justifier la nouvelle théorie. Bien qu'il s'agisse ici d'une question qui touche beaucoup plus directement à la pathogénie qu'à la thérapeutique, on comprendra cependant tout l'intérêt que nous y attachons : la thérapeutique ne s'éclaire-t-elle pas d'ailleurs des lumières de l'étiologie ? Il est aisé de comprendre tout ce qu'elle gagnerait à voir se vérifier les observations de M. Marchal.

Dans le numéro du 29 mai 1856 de l'Union médicale, M. le docteur Henry Musset rapportait une observation de gangrène sénile pour laquelle il avait amputé avec succès la jambe, contrairement à l'avis de plusieurs médecins qui avaient été retenus par la pensée et la crainte d'une ossification des vaisseaux. Dix-huit mois après l'opération, le malade fut pris à l'autre jambe d'une inflammation érysipélateuse, dont la cause fut rattachée à une marche forcée. Quelques phlyctènes survinrent, la peau mortifiée se détacha par plaques, et depuis cette époque un ulcère à forme calleuse a persisté. Quelques mois plus tard, une nouvelle poussée inflammatoire à marche nécrosique se fixa à la base du gros orteil. Un ulcère creux, borné au périoste, s'y établit et ne s'est point tari jusqu'à ce jour. Enfin, vers le mois de décembre dernier, des douleurs aiguës, pongitives, accrues par la chaleur du lit, se manifestèrent tout d'un coup dans les doigts du pied, et bientôt le sphacèle s'en empara. M. Musset fut obligé de séparer les quatre premiers orteils, au niveau des articulations métatarso-phalangiennes.

Sur ces entrefaites, M. Musset ayant eu connaissance du travail de M. Marchal (de Calvi) sur ce sujet, se hâta de s'assurer si son malade avait du sucre dans les urines ; il constata en effet chez lui l'existence du diabète.

Depuis cette époque M. Musset, appelé par un de ses confrères pour pratiquer une amputation à l'hôpital de Castillon, fut frappé, en approchant du blessé, de l'odeur *sui generis* de gangrène qui s'exhalait d'auprès de lui. On lui signala alors un malade couché à côté et qui était atteint d'un sphacèle spontané du gros orteil : c'était un homme de cinquante-neuf ans. Sur les questions qu'il lui adressa, il apprit que cet homme buvait chaque jour environ trois litres de tisane commune, et qu'il urinait considérablement. Ses urines examinées furent bientôt reconnues diabétiques.

Ces faits, joints à ceux de M. Marchal et au petit nombre de cas analogues publiés depuis, sont extrêmement intéressants, et éclairent un nouveau point d'étiologie ; en permettant de faire remonter l'origine de la gangrène spontanée à une influence morbide accessible aux traitements médicaux et hygiéniques, ils élargissent le champ d'action du praticien. Dans tous les cas il deviendra indispensable désormais, avant de se déterminer à agir, en présence d'une gangrène spontanée, de s'assurer si elle est due à une ossification artérielle ou bien à la cause morbide que nous venons de signaler. (*Union médicale*, avril.)

Glycérolé d'aloès. *Son emploi dans quelques affections de la peau.*

Nous avons appelé l'attention à diverses reprises sur la facilité que donne la glycérine pour obtenir la solution de certains alcaloïdes médicamenteux et sur les avantages que la pratique journalière peut tirer de cette propriété. On a obtenu ainsi des glycérolés de morphine, de strychnine, de vératrine, d'atropine, de tannin, qui constituent autant de médicaments d'une administration facile par voie iatraleptique ou endermique, et dont plusieurs praticiens ont eu l'occasion de constater les bons effets. Le glycérolé d'aloès vient d'être appliqué avec avantage par M. Chausit dans le traitement de quelques affections de la peau. Sachant que depuis longtemps la teinture d aloès était employée avec succès contre certaines plaies rebelles dans la médecine vétérinaire, M. Chausit a eu l'idée de l'appliquer par analogie au traitement des fissures et ulcérations, qui compliquent fréquemment le *lichen agrius*, notamment lorsqu'il est fixé à la peau de la face dorsale des articulations phalangiennes, aux poignets et aux plis de flexion des grandes articulations des membres. Il s'est servi pour cet usage du glycérolé d'aloès. Dans quatre observations rapportées par M Chausit, et qu'il serait trop long de reproduire ici, l'éruption avec ses complications a été complétement modifiée en quelques jours. sous la seule influence de l'application de ce moyen.

Pour se convaincre que les résultats étaient bien dus réellement à l'action du topique, M. Chausit a cherché, entre autres cas, un cas de lichen fixé aux deux mains. Il a appliqué sur l'une d'elles seulement le glycérolé d'aloès, et sur celle-là seulement aussi l'éruption a été modifiée, tandis qu'elle est restée stationnaire sur l'autre. (*Gaz. des Hôpit.*, avril.)

Grossesse (*Effets curatifs de la*) *dans la rétroversion et le prolapsus de la matrice.* Si ces lésions de situation de l'utérus n'entraînent pas en général des conséquences funestes pour les femmes qui en sont atteintes, toujours est-il qu'elles donnent lieu à beaucoup de malaises et de souffrances. Aussi s'est-on appliqué depuis longtemps à chercher les moyens d'y remédier. Malheureusement, de ceux auxquels on a eu recours jusqu'ici, les uns ne sont que des palliatifs, et le dernier, le pessaire intra-utérin de Simpson, n'a pas toujours été sans danger. Eh bien, il se présente assez souvent, chez les femmes qui souffrent d'une déviation de l'utérus, une condition qui peut donner l'occasion et le moyen de les débarrasser de cette espèce d'infirmité ; cette condition, c'est la grossesse.

Pendant la gestation, les ligaments et tous les tissus dans lesquels la matrice est plongée éprouvent une nouvelle vie : ils s'imprègnent de sucs, ils se ramollissent, ils s'allongent à mesure que l'utérus se développe ; et ce n'est point là un effet mécanique, mais un travail vital dans lequel le tissu acquiert, sinon une organisation nouvelle, du moins un surcroît de nutrition, une véritable hypertrophie. Aussi, lorsque l'utérus se vide par l'expulsion du fœtus, ces parties ainsi hypertrophiées ne peuvent pas éprouver de suite une rétraction suffisante, de manière à revenir à leur longueur première. Il faut qu'elles éprouvent une diminution de nutrition, une véritable atrophie, pour perdre lentement ce qu'elles avaient gagné lentement aussi.

De là la nécessité pour les nouvelles accouchées de garder le repos, après leur délivrance, un certain nombre de jours qui puisse être suffisant pour que les ligaments reviennent à leur longueur normale. Si elles se lèvent trop tôt, le poids de la matrice entraîne en bas cet organe, ou le dévie en arrière, parce qu'il ne trouve plus une résistance suffisante dans ses ligaments ramollis et allongés et non encore rendus à leurs proportions ordinaires.

Mais lorsqu'une fois cet effet fâcheux s'est produit, s'il survient une nouvelle grossesse, on peut profiter du travail tout physiologique qui se fait dans ces ligaments pendant la gestation et après l'accouchement pour essayer d'obtenir la guérison. Il faut alors faire garder à la femme un repos suffisamment prolongé pour permettre aux ligaments, autrefois allongés ou affaiblis, de revenir à des dimensions et à une force de résistance capables de procurer la guérison. C'est ce que M. Brachet, de Lyon, a obtenu, avec un succès propre à inspirer de la confiance, dans trois cas, dont voici l'analyse succincte :

I. Mme X., n'ayant jamais gardé un repos suffisant après ses couches, fut atteinte, après le quatrième accouchement, d'un renversement de l'utérus en arrière, qui, pendant treize ans, donna lieu à un état de malaise et de souffrance habituels, réfractaires à

tous les moyens. Au bout de ce temps, en 1847, elle devint grosse. Malgré ses craintes, M. Brachet, au contraire, conçut un bon espoir de cette circonstance. Après sa délivrance, il lui fit garder le lit pendant quarante jours, et, à partir du quinzième, il lui fit faire trois fois par jour une injection avec une décoction d'écorce de chêne, et introduire dans le vagin une éponge enduite d'une couche de pommade au tannin. Mme X., parfaitement guérie, ne s'est jamais ressentie de sa rétroversion,

II. Mme R., mère de trois enfants, vint, en 1851, demander des conseils pour un prolapsus utérin. La matrice sortait presque entièrement de la vulve. Elle avait eu recours inutilement à tous les pessaires possibles. M. Brachet lui dit qu'une grossesse seule pouvait la guérir de son infirmité. Elle devint enceinte; la grossesse se passa assez bien, et l'accouchement fut naturel. A la suite, elle resta quarante jours au lit, et fit usage également des injections et de la pommade astringente. Guérison parfaite, qui se soutient encore au bout de plusieurs années, après une nouvelle grossesse heureuse.

III. Une troisième malade, atteinte également d'une descente de matrice pour s'être levée trop tôt à la suite de son quatrième accouchement, devint enceinte en 1855, ce qui l'effraya beaucoup. M. Brachet la rassura, et l'accouchement, qui fut heureux, une fois terminé, il la soumit également à un repos prolongé de six semaines et à l'usage des mêmes médicaments. Le même résultat avantageux a été obtenu et ne s'est pas démenti depuis. (*Gaz. méd. de Lyon*, mars.)

Hydrocèle des enfants. *Traitement par l'injection alcoolique.* Nous avons déjà entretenu à plusieurs reprises nos lecteurs des résultats du mode de traitement de l'hydrocèle, proposé par M. le docteur Dupierris, consistant à pratiquer une injection alcoolique à très-faible dose, abandonnée ensuite dans la tunique vaginale M. A. Richard, chargé en ce moment du service de M. Guersant à l'hôpital des Enfants, a eu l'occasion d'appliquer ce mode de traitement à l'hydrocèle des enfants, communément désignée sous le nom d'hydrocèle congéniale. Douze petits malades ont été soumis à cette opération, qui a consisté dans les temps suivants : 1° évacuation du liquide jusqu'à la dernière goutte, à l'aide d'un trocart explorateur court et d'un très-petit calibre; 2° compression sur le bas du ventre et le trajet inguinal par la main d'un aide; 3° injection de 6 à 7 grammes d'alcool pur à 40 degrés (aréomètre de Baumé); 4° immédiatement après, retrait brusque de la canule, qui laisse ainsi le liquide dans la poche; 5° continuation de la compression du trajet inguinal pendant une minute, après quoi l'enfant est abandonné à lui-même.

Voici quelles ont été, dans tous ces cas, les suites de l'opération. La tumeur grossit un peu vers le soir, elle est très-légèrement douloureuse le lendemain, puis devient très-vite tout à fait indolore. Vers le dixième, douzième ou quinzième jour, dans l'espace de quelques heures, c'est-à-dire du jour au lendemain, la tumeur disparaît, et le malade est guéri

Si l'enfant est d'âge à marcher, il n'est nullement besoin de le condamner au repos : il mange, il joue et dort comme d'habitude.

Il est, chez les petits enfants, une particularité de l'injection alcoolique qui impose d'une manière absolue l'usage d'un très-petit trocart. Au moment où la canule est retirée, laissant l'alcool dans la muqueuse vaginale, souvent, par la contraction énergique du crémaster et du dartos, un peu du liquide injecté est expulsé; en même temps le petit malade est pris d'érection et peut même laisser échapper involontairement des matières fécales. Cette issue d'un peu d'alcool s'arrête presque de suite et n'offre aucun inconvénient.

Pour éviter, avec un aussi petit instrument, de faire une *ponction blanche*, il faut tendre fortement l'hydrocèle avec la main gauche, en la détachant et l'isolant le plus possible; tenir le petit trocart de la main droite, en appliquant la pulpe du pouce et la deuxième phalange de l'index assez près de l'extrémité pointue de l'instrument. Pour la ponction, au lieu de plonger avec élan, ainsi qu'on le fait chez l'adulte, M. Richard recommande d'*insinuer* la pointe, comme si on maniait un bistouri. Enfin, la guérison une fois accomplie, M. Richard fait porter aux petits malades un bandage inguinal pendant trois ou quatre mois. (*Gaz. des Hôpit.*, avril.)

Phthisie pulmonaire (*Du sulfate de zinc substitué à l'ipécacuana et au tartre stibié dans le traitement de la*). Au nombre des agents médicamenteux les plus puissants dans

le traitement de cette redoutable maladie, on doit placer le tartre stibié et l'ipécacuana, soit à dose réfractée, soit à dose vomitive. Pour M. Rufz, c'est à ce dernier mode d'administration qu'il a recours de préférence, même dans les cas d'hémoptysie. « Répété une ou deux fois par semaine, jamais je ne l'ai vu, dit ce distingué confrère, augmenter l'hémorrhagie. Bien au contraire, je m'en servais comme hémostatique. Il ranime l'appétit, rend la respiration plus facile, et pendant les deux ou trois jours qui suivent son emploi, les malades se trouvent très-certainement mieux. L'ipécacuana, et surtout le sulfate de zinc, remplaçaient l'émétique avec avantage, parce qu'ils déterminent moins de malaise nerveux et moins de sueurs, le sulfate de zinc surtout; je l'employais d'après la formule de Moseley, médecin anglais, qui a pratiqué longtemps avec succès à la Jamaïque.

Pr. Sulfate de zinc....	6 grammes.
Alun.............	4 grammes.
Teint. de cochenille	quelques goutt.
Eau..............	500 grammes.

« Une ou deux grandes cuillerées le matin, deux heures avant de sortir du lit. Dans les cas d'hémoptysie, on peut répéter jusqu'à cinq ou six fois cette dose dans les vingt-quatre heures. Je puis certifier que je n'ai jamais eu à regretter de m'être servi de cette médication, et souvent je m'en suis félicité. » Quoique ce ne soit qu'un témoignage que fournit M. Rufz, et qu'il ne l'accompagne pas des preuves qu'on fait bien de demander à toute proposition avant de lui donner droit de cité dans la pratique, nous n'hésitons pas à l'enregistrer. La médication vomitive n'est plus à faire ses preuves, et dans les cas où son emploi est indiqué et suivi d'un bon effet, le sulfate de zinc sera une ressource, un changement dans le traitement d'une maladie où l'on est si souvent à bout de moyens. (*Union médicale.*)

Taxis. *Moyen de détruire les effets de l'action musculaire pendant la réduction des hernies étranglées.* Une des règles de l'opération du taxis, recommandée par tous les chirurgiens, c'est de tâcher d'obtenir des malades de respirer librement, sans crier ni relever la tête, mouvement auquel ils sont très-sujets pour suivre des yeux l'opération; en un mot, de ne faire aucun effort. L'application de cette règle, qui dépend du patient et non de l'opérateur, n'est pas extrêmement facile, et chacun s'en convaincra en faisant appel à ses souvenirs. Le procédé suivant est peut-être, et pour le même motif, plus difficile encore à appliquer ; mais chez les individus qui, doués d'un caractère énergique, seront capables de suivre convenablement les conseils du chirurgien, et à l'aide des moyens qu'on verra plus loin, chez les autres, il semble de nature à faciliter le succès d'une opération dont le principal obstacle réside souvent dans les cris, les plaintes et les efforts de respiration des patients. Voici en quoi consiste ce procédé, que le docteur André Buchanan dit avoir employé avec avantage depuis plus de trente ans.

Le malade est placé dans la position ordinairement recommandée, ou dans celle qui sera jugée la plus convenable, suivant les diverses formes de hernie, et la compression est appliquée à la tumeur de la manière habituelle. Ce qu'il y a de particulier dans ce procédé consiste en ceci, qu'au moment d'exercer la compression, on engage le malade à faire une expiration complète, et à s'abstenir ensuite, aussi longtemps que possible, de faire une inspiration nouvelle. Pendant ce temps-là, l'opérateur, ayant fait préalablement toutes ses dispositions, essaye de réduire la hernie, en commençant les manœuvres dès que l'expiration est un peu avancée, et les continuant doucement, mais d'une manière non interrompue, pendant tout le temps que la respiration est suspendue. Lorsque le malade se trouve enfin forcé de reprendre haleine, la pression sur la tumeur doit être relâchée, de manière à ne pas opposer de résistance aux muscles qui président à l'inspiration, mais sans néanmoins céder complétement; dès que le malade est un peu remis, il doit recommencer une nouvelle expiration complète, pendant laquelle le chirurgien renouvelle ses tentatives, et ainsi de suite tant qu'il est nécessaire. Le premier indice de succès, consistant en un léger mouvement intérieur ou en un bruit de gargouillement dans la tumeur, se manifeste presque toujours pendant la suspension de la respiration; et c'est aussi pendant la durée de cette période que la réduction complète de la hernie s'effectue habituellement.

Il y a dans l'opération quelques détails très-importants, qui dépendent de l'intelligence et de la force de caractère du malade. S'il possède ces deux

qualités dans une mesure suffisante, il sera capable, après l'expiration complète, par un effort volontaire, de se retenir de faire une inspiration. Ce sont là les cas les plus favorables au succès du taxis pratiqué suivant ce procédé. Dans les autres cas, et ils se rencontrent surtout chez les femmes, les malades comprennent et agissent très-bien d'après les conseils qui leur sont donnés, tant qu'il ne s'agit que d'expirer complétement l'air contenu dans le poumon; mais ils manquent de la force de caractère nécessaire pour commander aux muscles inspirateurs. Dans ces cas, il est indispensable d'avoir un aide, dont le rôle consiste, dès que l'expiration est complète, à fermer avec les mains la bouche et les narines du patient, afin de s'opposer à la respiration aussi longtemps qu'on le jugera utile et sans inconvénient. Si cependant l'air peut être expulsé des poumons dans une mesure suffisante, ces cas sont à peu près aussi favorables que les premiers. Les moins bons de tous sont ceux des personnes qui, par suite soit d'une stupidité naturelle, soit de la frayeur et du trouble où les jette leur situation, ne peuvent comprendre ni suivre les conseils qui leur sont donnés. Dans ces cas, les poumons ne peuvent jamais être complètement vidés à un degré suffisant; et le succès de l'opération est douteux en proportion.

La théorie de ce procédé est fort simple. En premier lieu, il rompt l'accord du diaphragme et des muscles abdominaux, et, en prévenant une action concertée de ces muscles, il fait disparaître le principal obstacle à la réduction de la hernie. Secondement, il atténue la puissance musculaire du corps entier et la met hors d'état de faire acte de résistance. (*British med. Journ.*, janvier.)

Trachéotomie (*Des dimensions à donner à la canule dans la*). Ce n'est pas une question sans importance que celle du volume à donner à la canule dans la trachéotomie : trop petite, elle se déplace et ne fournit pas d'ailleurs un passage suffisant à l'entrée de l'air comme à la sortie des mucosités et des fausses membranes; trop grosse, elle est d'une introduction difficile, impossible même dans certains cas; il est certain néanmoins qu'il est bien moins dangereux de faire usage de grandes canules que d'en employer de trop étroites. A l'hôpital des Enfants malades, il existe des canules de trois dimensions : 1° pour enfants de un à trois ans (mesure de l'extrémité inférieure), diamètre de la canule interne, 6 millimè., de l'externe, 9 millim.; 2° pour enfants de trois à six ans, canule interne, 7 millim , externe, 9; 3° pour enfants de six à douze ans, canule interne, 8 millim , canule externe, 10. C'est presque toujours le modèle n° 2 qui est employé chez les enfants de six ans et au delà, et peut-être à tort chez les enfants de six ans à neuf ans et demi. Chez l'adulte, le n° 3 est un peu insuffisant, et M. Trousseau a fait construire une canule dont le diamètre est de 10 millim. pour la canule interne, de 13 pour la canule externe. M. le docteur André a fait dernièrement quelques recherches sur la moyenne des diamètres de la trachée aux différents âges, avec ou sans distinction de celle-ci, et il a pu s'assurer que la capacité réelle était toujours plus grande que la capacité apparente de 1, 2, 3, 4 et même 5 mill. La double canule n° 2, employée chez les enfants au dessus de deux ans, doit forcer quelquefois la trachée à donner toute sa capacité réelle; mais chez l'adulte on peut proposer hardiment de doubles canules limitées : de 14 à 16 millim. de diamètre pour l'homme, de 13 à 14 pour la femme. (*Thèses de Paris*, 1857.)

VARIÉTÉS.

Organisation du service des calculeux dans les hôpitaux de Paris.

L'enseignement de la lithotritie, grâce à la générosité de notre savant confrère M. Civiale, ne disparaîtra pas des hôpitaux de Paris. Cette dotation, faite par le célèbre chirurgien à l'administration de l'assistance publique, vient couronner une longue carrière illustrée par une des plus belles conquêtes chirurgicales de notre siècle. Nous publions la note lue par M. Civiale à l'Académie des sciences.

Nous n'avons pas besoin de témoigner l'accueil fait à une semblable communication ; signaler de tels actes, c'est les apprécier.

Me rappelant toujours, dit M. Civiale, avec une profonde reconnaissance, que l'art de broyer la pierre dans la vessie a été, depuis son origine jusqu'à son entier développement, accueilli, soutenu, encouragé par la haute autorité de l'Académie des Sciences, je m'empresse de porter à sa connaissance une mesure administrative qui aura, je l'espère, une heureuse influence sur les destinées de cet art nouveau.

En 1829, à la sullicitation de MM. Arago et Thénard, et sur la proposition de M. le duc de Doudeauville, l'administration des hôpitaux de Paris décida qu'une salle de l'hôpital Necker me serait confiée pour le traitement des calculeux indigents par les procédés de la lithotritie. Ce service existe toujours, mais il est insuffisant; l'organisation en est imparfaite, et, par suite, le but qu'on s'était proposé en le créant n'a pas été complétement atteint.

Pénétré des besoins autant que de l'importance de ce service, j'ai demandé à plusieurs reprises qu'il fût étendu et rétabli sur des bases plus solides. Mais, par suite des difficultés d'organisation qui s'opposent à ce que le service des hôpitaux soit subdivisé en spécialités, comme aussi par les exigences de certaines dispositions d'ordre que les règlements généraux prescrivaient, l'administration supérieure s'est trouvée dans l'impossibilité d'effectuer les améliorations que je sollicitais J'ai, de plus, acquis la certitude que mon service des calculeux devait être supprimé après moi.

Il m'a paru cependant qu'il y avait un grand intérêt à conserver une institution qui a déjà produit de beaux résultats, même dans des conditions défavorables. J'ai considéré comme un devoir de faire tous mes efforts et les sacrifices personnels qui seraient nécessaires pour venir en aide à l'administration et la mettre à même, non-seulement de conserver l'institution qui existe, mais encore de l'améliorer, de la perfectionner, de lui imprimer un caractère de perpétuité qui assure à la science de la lithotritie, en France, où elle est née, un établissement permanent dans lequel les indigents atteints de la pierre ou de toute autre maladie affectant les organes génito-urinaires, continueront d'être admis et traités d'après les procédés que j'ai fait connaître; en sorte que là puissent se former des chirurgiens qui, rompus à la pratique de ces procédés, utiliseront habilement cette branche de l'art et l'accroîtront en y appliquant toutes les ressources dont la chirurgie dispose aujourd'hui.

Mes vœux ont été accomplis : l'acte d'une donation perpétuelle que j'ai faite à l'administration de l assistance publique, et qui a été acceptée par elle, a levé les difficultés financières, en assurant un traitement de 1,500 francs aux chirurgiens qui me succéderont dans les fonctions que je remplis gratuitement depuis près de trente années.

Le reste du projet n'a éprouvé qu'accueil et bienveillance. Présenté d'abord au Conseil de surveillance des hôpitaux, puis au Conseil municipal de Paris, le projet a été débattu et adopté par ces deux assemblées. Soumis ensuite au ministère de l'intérieur et au Conseil d'Etat, il a reçu leur approbation ; enfin, il a obtenu la sanction suprême de l'Empereur.

Les indigents et la science peuvent désormais le considérer comme un bien acquis.

Ainsi se trouve définitivement assurée une création qui, au triple point de vue des malades, de la propagation pratique de la lithotritie et des principales méthodes usitées contre les maladies des voies urinaires et de l'instruction des jeunes chirurgiens, promet de rendre de notables services à l'art et à l'humanité.

Le concours, ouvert le 6 avril dernier, pour deux places de médecins du Bureau central des hôpitaux, vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Hervieux et Goupil.

Pour les articles non signés, **E. DEBOUT.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'influence de l'opium et des huiles essentielles sur la tolérance et l'action thérapeutique des antimoniaux,

Par le docteur J. Delioux, professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest.

Rasori a dit, et les médecins de son école l'ont après lui répété, que l'opium nuit à l'action thérapeutique du tartre stibié employé à hautes doses, en ce sens que l'opium, étant un hypersthénisant, amoindrit de toute la stimulation qu'il provoque la somme de contra-stimulus que le tartre stibié tend à produire. En d'autres termes, toujours dans les idées de l'école italienne, étant donnée une maladie à diathèse de stimulus, une phlegmasie pulmonaire, par exemple, l'indication est de lui opposer une diathèse radicale de contra-stimulus; faire intervenir dans la médication tout agent hypersthénique ou stimulant, c'est atténuer l'hyposthénie que doit apporter ce remède contra-stimulant, c'est aller à l'encontre de l'indication thérapeutique.

A cette manière de voir on peut répondre par deux objections :

1° Si l'exigence du tartre stibié comme agent curatif est reconnue, et si l'on ne trouve absolument aucun autre moyen de le faire accepter, tolérer par l'estomac, que l'adjonction de l'opium, il faut bien se plier à cette adjonction comme à une nécessité du moment;

2° Si l'élément inflammatoire, la phlogose, pour prendre le terme affectionné par les Rasoriens, est le fond dominant des maladies qui s'accommodent des préparations antimoniales, de cette pneumonie que nous avons choisie pour exemple, il peut fort bien s'y surajouter d'autres éléments morbides qui font saillir des indications spéciales; et, parmi ces conditions nouvelles qui appellent l'attention du thérapeutiste, l'élément nerveux, constitué tantôt par le point de côté monté au ton d'une véritable névralgie, tantôt par l'ataxie avec délire, mérite certainement la plus grande considération.

Or, il existe positivement des cas où sans l'opium on ne ferait pas tolérer l'antimoine, et d'autres encore où l'opium, marchant à côté de l'antimoine ou sachant se passer de lui, prouve la légitimité de son emploi, en apaisant ces exaltations douloureuses et ces discordances nerveuses, qui aggravent les conséquences de la phlegmasie primitive, et l'enrayent trop souvent dans les voies de la résolution.

L'indication de l'opium dans la pleuro-pneumonie, en présence de certaines complications nerveuses, reste donc tout entière dans le

domaine pratique; une opinion théorique et préconçue ne saurait l'entamer. Que cette opinion soit en peine pour expliquer comment l'opium, tout en dégageant l'élément nerveux, ne surexcite point le stimulus phlegmasique aux dépens de la cure définitive de la pneumonie, cela nous importe peu; ce qui nous importe, c'est de constater que, dans l'espèce, et contradictoirement aux assertions de Rasori, l'opium ne nuit point à l'action du tartre stibié qui, à côté du premier médicament faisant son affaire des désordres et des révoltes du système cérébro-spinal, fait la sienne du travail inflammatoire fixé sur les organes de la respiration. A part les cas où les troubles de l'innervation sont portés jusqu'à cette ataxie délirante contre laquelle l'opportunité de l'opium, du musc, de l'acétate d'ammoniaque est supérieure à celle des préparations antimoniales, il en est d'autres, plus nombreux, qui empruntent à l'intensité du *point de côté*, névralgie pulmonaire, pleurétique, intercostale, ou diaphragmatique, une gravité particulière qui justifie le pronostic aphoristique d'Hippocrate : *A peripneumonia phrenitis malum*. Eh bien, alors le sirop d'opium, ajouté à la potion stibiée en vue d'en obtenir la tolérance, dépasse heureusement ce but en attaquant le spasme douloureux qui réaliserait cette autre pensée hippocratique : *Ubi dolor, ibi fluxus*. C'est donc avec préméditation que nous avons souvent prescrit ensemble les préparations opiacées et antimoniales, lorsque la douleur concomitante de la pleuro-pneumonie revêtait un certain degré d'acuité, et, loin de voir une sorte de désaccord entre l'action dynamique des unes et des autres, nous avons reconnu, au contraire, leur réciproque efficacité, l'antimoine agissant aussi bien sur le poumon que s'il eût été seul, l'opium venant en aide à l'action plus directe des saignées locales et des vésicatoires. Il nous est même arrivé quelquefois d'appliquer un sel de morphine à la surface de l'un de ces vésicatoires, et jamais l'effet sédatif, qui a suivi son absorption, n'a contrarié les effets hyposthénisants et résolutifs du sel antimonial.

Nous n'avons pas observé non plus que l'opium, administré dans l'intention d'assurer la tolérance du tartre stibié, compromît l'action dynamique de celui-ci. Qu'un vomissement incoercible se déclare, qu'un simple état nauséeux persiste, le malade se fatigue, se dégoûte, le médecin hésite, et la médicamentation stibiée va être délaissée; mais si l'opium a été donné préventivement, ou s'il est prescrit à propos, ces accidents manquent ou disparaissent, et, non pas malgré l'adjuvant, mais à cause de lui, le médicament, vomitif tout à l'heure, passe et s'absorbe sans contrainte, et devient un altérant par excel-

lence. L'expérience journalière des hôpitaux nombre des faits pareils par milliers.

Il n'y a donc pas antagonisme thérapeutique entre l'opium et l'antimoine, puisque, dans un cas donné de pneumonie, ils peuvent l'un et l'autre agir ensemble ou chacun pour leur compte au profit de la guérison.

Mais il y a cependant entre eux un antagonisme pharmaco-dynamique réel ; l'un stimule, l'autre affaiblit ; l'un stupéfie, l'autre altère ; il ne faudrait donc pas abuser de l'opium dans les maladies où la stimulation est nuisible et où il n'a de raison d'intervenir que pour apaiser l'exaltation de l'action nerveuse. Ensuite, il est souvent utile et toujours bon de dégager dans une médication l'action de tous les remèdes que l'on emploie, d'étudier leurs effets isolés, d'introduire dans le traitement de la maladie l'analyse qui a précédemment éclairé son étiologie et son diagnostic. A ce point de vue, nous n'admettons l'association de l'opium et du tartre stibié que lorsque le premier de ces deux médicaments nous paraît indiqué par la coïncidence d'un élément nerveux, par la nécessité d'établir la tolérance de la substance antimoniale.

Pour constituer cette association, il y a deux formules habituelles : on additionne les potions antimoniées d'une certaine quantité de sirop d'opium ou de morphine, ou bien, si l'on adopte la forme pilulaire, on incorpore dans la masse telle dose d'extrait thébaïque ou d'un sel morphique. De cette manière les deux substances sont simultanément ingérées ; or, il n'est pas toujours facile de faire la part d'action de chacune d'elles.

En conséquence, nous avons pensé qu'il y aurait avantage à modifier la méthode usuelle, et l'on verra bientôt comment nous préférons administrer l'opium ; mais nous ne l'appelons pas toujours à notre aide. Disons d'abord comment nous opérons sans lui.

Nous ne parlons ici que du traitement des maladies des organes respiratoires, dans lesquelles le tartre stibié à hautes doses est appelé à rendre plus de services que partout ailleurs.

Si l'élément nerveux fait défaut ou s'il est modéré, l'indication de l'opium n'existe pas ; ce médicament n'aura donc à intervenir que pour favoriser la tolérance antimoniale. Or, cette tolérance peut s'établir d'emblée ou s'obtenir sans l'intervention de l'opium. D'un autre côté, la saveur nauséeuse du tartre stibié entre pour beaucoup dans la provocation du vomissement. Nous masquons cette saveur en aromatisant la potion stibiée ; Laënnec, avant nous et dans le même but, en avait donné le conseil. Pour cela, on peut choisir les

hydrolats de fleurs d'oranger, de menthe, de cannelle, de laurier-cerise. Ces correctifs, outre leurs propriétés sapides et odorantes, ont une action dynamique qui ne doit pas être sans importance ; les fleurs d'oranger et la menthe sont antispasmodiques et peuvent influer sur le spasme de l'estomac révolté contre l'agression primitive du tartre stibié ; la cannelle est excitante, et apte à prévenir ou à combattre un excès d'hyposthénie d'où serait résulté le vomissement ; enfin, le laurier-cerise est stupéfiant, et de plus contra-stimulant sans conteste ; il se présente donc avec la double faculté d'enrayer l'influx nerveux, sans la participation duquel la contraction musculaire nécessaire au vomissement ne saurait se produire, et d'agir dynamiquement dans le même sens que l'antimoine.

De quelque façon que l'on explique l'action de ces huiles essentielles, toujours est-il que, dans beaucoup de circonstances, non-seulement elles corrigent le goût répugnant du tartre stibié, mais elles en assurent la tolérance et écartent par suite l'urgence de l'opium.

Nos doses moyennes et suffisantes d'hydrolats de fleurs d'oranger, de menthe, de cannelle, sont de 15 grammes, souvent moins, rarement plus, selon la dose de tartre stibié et surtout selon le degré d'intolérance.

Dans ces principes, nous entendons ainsi l'ordonnance d'une potion stibiée :

Tartre stibié		50 centigrammes.
Hydrolat de	fleurs d'oranger. de menthe...... de cannelle.....	15 grammes.
Sirop de gomme		30 grammes.
Infusion de tilleul		150 grammes.

A prendre par cuillerées d'heure en heure.

Suspendre s'il survient des vomissements, et reprendre quand l'état nauséeux s'est dissipé.

Les hydrolats de menthe et de cannelle sont de meilleurs correctifs que celui de fleurs d'oranger ; celui-ci d'ailleurs a pour certains malades un goût écœurant, qui contrarie l'effet que l'on attend. Le plus puissant de tous, c'est l'eau de laurier-cerise, non-seulement parce que sa saveur franche et agréable plaît à la plupart des individus, mais parce qu'elle semble avoir, à l'égal de l'opium, une influence directe sur la tolérance. La potion *laurinée* est presque aussi souvent supportée que la potion *opiacée*. Notre dose ordinaire d'hydrolat de laurier-cerise est de 4 grammes ; nous ne dépassons point 10 grammes.

Ici se placeront deux autres remarques sur la tolérance antimoniale :

1° Elle dépend beaucoup du moment de la maladie où l'on commence l'emploi du tartre stibié. Plusieurs médecins débutent dans le traitement de la pneumonie par les émissions sanguines, et ne prescrivent ce médicament que le deuxième, le troisième jour, quelquefois plus tard. Nous agissons autrement : dès le premier jour, nous faisons marcher de front les saignées et les préparations antimoniales, et nous avons observé (et signalé ailleurs, — Mémoire sur l'Ipéca, Gazette médicale, 1852) qu'elles ne sont jamais mieux tolérées que lorsque l'on y a recours dès le début de la médication.

2° Les solutions trop concentrées irritent la muqueuse digestive et sollicitent le vomissement; trop étendues, elle ne préviennent pas toujours l'intolérance gastrique, et le plus souvent elles la déplacent aux dépens de l'intestin. La quantité de véhicule que nous avons indiquée dans la formule précédente peut être trop faible, mais nous ne conseillons pas de suivre le conseil qui a été donné de dissoudre le tartre stibié dans la tisane des malades. Si donc la potion stibiée irrite ou fait vomir, étendez-la du double environ de son poids d'eau. Cette simple modification suffit fréquemment pour en amener la tolérance complète.

L'influence des huiles essentielles a ses limites, et, malgré l'importance qne nous leur attribuons, il est des circonstances où les préparations antimoniales à hautes doses ne peuvent être supportées qu'à la condition d'être associées avec l'opium. Si l'intolérance se manifeste du côté de l'intestin, par des coliques, des garde-robes parfois excessives, nous tentons d'abord l'effet des lavements laudanisés, et ce n'est que lorsqu'ils échouent que nous administrons l'opium par l'estomac. Si ce sont les nausées et les vomissements qui dominent, et c'est le cas le plus ordinaire, nous faisons d'abord suspendre la potion antimoniale, laquelle, établissons-le bien, avait été simplement aromatisée, comme il a été dit plus haut, et non opiacée ; nous prescrivons ensuite 5 centigrammes d'opium, en cinq pilules d'un centigramme chacune ; on administre deux ou trois de ces pilules, à une heure de distance entre elles ; le vomissement s'est arrêté, on reprend la potion stibiée, on tâte à son égard la susceptibilité organique ; si le vomissement revient, on revient à une, deux pilules d'opium ; les premières pilules suffisent généralement pour déterminer la tolérance, et il est rare que l'on consomme dans la même journée les 5 centigrammes d'opium. Générale-

ment aussi, après trois, quatre, au plus cinq pilules, la tolérance est obtenue pour le reste du temps nécessaire à la continuation de la médicamentation stibiée. Toutefois on tient toujours toutes prêtes des pilules d'un centigramme d'opium, pour en administrer de nouveau à l'occasion ; si la tolérance faillit, si de nouvelles révoltes des voies digestives surviennent, on reprend la ligne de conduite précédemment suivie : suspension temporaire de la potion, ingestion d'une pilule à l'heure ; et le même succès arrive avec plus de promptitude encore qu'au début du traitement.

Ainsi, notre méthode consiste, non à employer l'opium préventivement pour assurer la tolérance de l'antimoine, mais à ne l'introduire dans la médication que pour obtenir cette tolérance si elle fait défaut. Nous départageons complétement l'action de l'opium et l'action de l'antimoine, et nous pouvons étudier, apprécier l'une et l'autre séparément. Les résultats de l'administration isolée de l'opium sont alors si nets et si prochains que l'on peut s'en rendre compte, et si jamais explication fut permise, on peut dire que ce médicament a engourdi, stupéfié l'action nerveuse, de façon que lorsque l'on reprend à son tour l'antimoine pour l'accommoder sans mélange aux conditions pathologiques qui le réclament, ce dernier médicament passe sans effort dans les voies de l'absorption à la faveur de cette stupéfaction enrayant à la fois la sensibilité et la contractilité qui naguère lui étaient hostiles, et produit dynamiquement toute la somme d'hyposthénie en rapport avec la quantité absolue de sa dose. En un mot, l'intolérance et l'élément nerveux, s'il existe, étant écartés par l'opium, l'antimoine reste seul en face de la congestion inflammatoire, et alors on verra distinctement dans quelle mesure il a la puissance de réduire cet élément capital de la maladie.

A côté du tartre stibié le kermès occupe un rang trop élevé dans la thérapeutique pour n'en pas dire un mot incidemment. Seul il a échappé au discrédit dans lequel sont tombées les préparations antimoniales insolubles ; nous n'en excepterons pas l'oxyde blanc d'antimoine (biantimoniate de potasse) ; son emploi a laissé trop d'incertitudes dans notre esprit, sans compter les déceptions, pour que nous songions à le relever de l'oubli. Reste donc le kermès, dont l'action, dans l'ordre physiologique comme dans l'ordre thérapeutique, est patente et incontestable, et qui mérite tout notre intérêt. Il nous sert à deux titres principaux : à petites doses comme expectorant, à hautes doses comme contra-stimulant et succédané du tartrate de potasse et d'antimoine. Dans le premier cas, il est géné-

ralement toléré; néanmoins, il suscite souvent des nausées et même des vomissements; dans le second cas, selon l'élévation de la dose, il peut aussi devenir émétique, avec moins de tendance, toutefois, que le tartre stibié. Mais le mode d'intolérance qu'affecte spécialement l'organisme à l'égard du kermès se traduit par le dérangement des fonctions intestinales; c'est la diarrhée qu'il provoque plus fréquemment que le vomissement. Par conséquent, pour soutenir son emploi, il faut l'administrer dans des conditions de nature à le faire tolérer. Insipide, il n'a pas besoin d'être masqué par les aromates; si on lui adjoint les huiles essentielles odorantes, ce sera pour qu'elles agissent par elles-mêmes, et non pour déduire une influence mixte du fait de leur association. L'hydrolat de laurier-cerise nous a paru assez bien s'opposer aux effets émétiques du kermès; mais l'effet purgatif étant le plus ordinaire, c'est lui qu'il faut chercher à prévenir. Or, l'hydrolat de laurier-cerise et les autres hydrolats que nous avons cités n'ont aucune action préventive contre le flux intestinal. L'opium reste donc l'unique agent apte à faire tolérer le kermès et à réprimer son intolérance. Si le kermès est donné à dose expectorante, comme on le fait journellement dans les bronchites, on le suspend dans une potion gommeuse, que l'on additionne de 10 à 15 grammes de sirop d'opium; si on le donne à dose plus élevée, de 1 à 4 grammes, dans la pneumonie, on pourra avec avantage l'administrer à part de l'opium, celui-ci étant réservé sous forme pilulaire pour le cas d'intolérance et selon les règles que nous avons spécifiées tout à l'heure, à propos du tartre stibié.

En tout cas, l'opium n'entravera pas plus l'action curative du kermès que celle du tartre stibié.

Quels que soient les voies et moyens auxquels on ait recours pour favoriser la tolérance des préparations antimoniales, il faut, sous peine de mécomptes, ne pas s'attendre à un succès absolu. L'école de Rasori s'est beaucoup avancée en affirmant que la tolérance du contra-stimulant est en rapport rigoureux avec l'intensité de la diathèse de stimulus; les faits exceptionnels abondent; exemples : dans le rhumatisme articulaire, la diathèse n'est-elle pas au plus haut degré de l'échelle du stimulus? l'intolérance des antimoniaux y est telle qu'elle équivaut à une antipathie avec cet état morbide. — A égalité de processus inflammatoire entre une pleurésie et une pneumonie, le tartre stibié sera mieux supporté dans la seconde que dans la première. — Dans certaines pneumonies, malgré l'acuité de la phlogose, le tartre stibié à hautes doses

ne peut être supporté; dans de simples bronchites, où l'inflammation est chronique et languit, où toute réaction est éteinte, souvent la tolérance est complète et parfois illimitée.

Sur ce grand fait de la tolérance antimoniale, l'un des plus intéressants phénomènes de la physiologie pathologique, nous ne possédons vraiment que quelques données empiriques, et nous n'avons pas une interprétation plausible à fournir. Parmi les plus importantes acquisitions de l'expérience, nous savons que les antimoniaux s'adaptent avec une prédilection toute providentielle aux états phlegmasiques de la muqueuse bronchique et du parenchyme pulmonaire, et que nulle part ailleurs ils ne sont aussi bien et aussi longtemps tolérés. Notre sollicitude doit donc s'attacher à accommoder le mieux possible les préparations antimoniales au traitement des maladies des bronches et des poumons ; mais là même encore nous rencontrerons des imprévus qui dérouteront nos théories. Il surgit parfois des conditions d'intolérance antimoniale que par nul procédé l'on ne peut vaincre ; ce sont tantôt des idiosyncrasies individuelles réfractaires, tantôt des constitutions médicales plus antipathiques encore; à Cherbourg, par exemple, où nous avons pratiqué pendant trois ans la médecine, nous avons si habituellement constaté cette inaptitude à bénéficier de la tolérance du tartre stibié à hautes doses, que nous avions fini par renoncer à ce médicament et à lui substituer dans la pneumonie l'ipécacuana, qui heureusement réussissait à merveille dans cette maladie si fréquente sur nos côtes maritimes; aujourd'hui à Brest, au contraire, nous faisons en toutes circonstances parfaitement supporter l'antimoine.

Enfin, il est des cas où l'intolérance prend les proportions d'un véritable empoisonnement; nous en avons recueilli deux récemment dans notre service, la dose journalière de tartre stibié n'ayant été que de 40 centigrammes chez un sujet, de 30 seulement chez l'autre. Alors les vomissements sont incessants, les garde-robes excessives; celles-ci sont plus fréquentes, et semblent, plus encore que les vomissements, déprimer les malades. Le pouls devient petit, filiforme; la peau se refroidit, humectée d'une transpiration visqueuse; la face prend un aspect cholérique; la faiblesse devient extrême. Ici il ne faut pas simplement suspendre, mais bien cesser l'emploi du tartre stibié, et recourir sans délai à une stimulation énergique. A l'aide de l'opium, de l'eau de cannelle, du quinquina, du vin même, nous avons toujours fait justice de ces accidents.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Coup d'œil sur l'emploi de la compression par les appareils élastiques dans le traitement des kystes de l'ovaire, des hernies, des varices, etc.,

Par Philippe Bourjeaurd, ancien chirurgien de la marine.

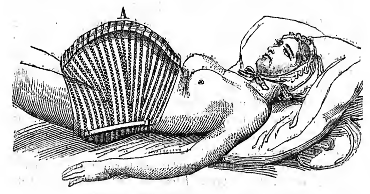
L'évacuation des liquides séreux, purulents, sanguins, à travers les parois abdominales, au moyen de la ponction, telle qu'on la pratique dans les cas d'ascite, d'hydropisie de l'ovaire, etc., etc., n'est pas toujours aussi prompte, aussi facile, aussi complète que le désire le chirurgien. L'état des parois de la cavité qui contient le liquide, leurs rapports avec les parties voisines, la nature même de la matière contenue, peuvent rendre plus ou moins insuffisantes la pression atmosphérique et l'élasticité des enveloppes musculaires, aponévrotiques et cutanées. Aussi, dans la plupart des cas, le chirurgien est obligé, pour hâter et assurer l'évacuation du liquide, de pratiquer avec les mains des pressions en sens divers, des malaxations répétées. Mais ces manœuvres, avec quelque précaution qu'elles soient faites, sont toujours plus ou moins douloureuses, et, en outre, n'agissant que par saccades, sur des points circonscrits et d'une manière inégale, elles n'atteignent que fort imparfaitement le but.

C'est pour obvier à ces inconvénients que j'ai eu l'idée de substituer à l'action intermittente, inégale et plus ou moins violente des mains, l'action douce, constante et égale d'un appareil contentif et compressif, qui satisfait complétement à la double indication de provoquer et favoriser l'évacuation du liquide, et, après l'évacuation, de maintenir rapprochées, mieux que les bandages de corps ordinairement employés, les parois des cavités vidées.

Cet appareil, fort simple, consiste en une ceinture en tissu de soie ou de coton et caoutchouc, élastique, sans couture, à élasticité latérale, assez large pour embrasser toute la région abdominale depuis la pointe du sternum jusqu'au pubis, et assez serrée pour exercer, une fois en place, une forte compression sur toute la surface des parties auxquelles elle est appliquée. La circonférence de la ceinture doit être réglée d'après celle de l'abdomen, mesuré au point le plus proéminent. Elle doit toujours être d'autant plus étroite que l'abdomen est plus développé, et, par conséquent, la quantité du liquide à évacuer plus considérable, de manière à ce que son action compressive s'exerce activement et persiste jusqu'après l'entière évacuation. La différence entre la dimension de la ceinture et celle des parties à comprimer ne peut guère être déterminée d'une manière tout à fait

précise. Elle peut être, suivant les cas, de 20, de 30, de 40 centimètres.

La ceinture, ainsi confectionnée, se passe par les pieds, et est amenée de bas en haut, en la distendant, jusqu'au corps. Une fois en place et abandonnée à elle-même, elle exerce sur tout l'abdomen une pression égale, constante, très-forte, très-bien appréciée par la malade. Cette sensation, plus incommode que douloureuse, ne dure, du reste, qu'un instant, car elle diminue progressivement, dès que le trocart, introduit à travers les mailles du tissu, a donné issue au liquide qui,



(Fig. 1).

pressé de tous côtés par le retrait actif de la ceinture, s'échappe par un jet plein et soutenu, sans interruption ni saccades, jusqu'à épuisement. On obtient par là, sans violence, sans tâtonnements, et au degré de force voulu, l'action expulsive que les mains du chirurgien ne peuvent produire que par des malaxations successives, inégales, et plus ou moins douloureuses ; et lorsque l'évacuation est terminée, la force rétractile de la ceinture, non entièrement épuisée, est encore suffisante pour comprimer efficacement les parois de l'abdomen et celles du kyste vidé, sans qu'il soit besoin d'un autre bandage. L'appareil, fonctionnant ainsi de lui-même, réalise toutes les indications mécaniques réclamées pour le succès de l'opération.

La première application de ce procédé dans les ponctions évacuatrices de l'ovaire a été faite en Angleterre, il y a quelques années, sur une malade opérée par le docteur Bransby Cooper. J'ai rendu compte ailleurs des détails de cette observation (¹). Je fus conduit à proposer ce moyen à cet éminent praticien par le succès que j'avais obtenu dans un grand nombre de paracentèses, pratiquées par divers

(¹) Lettre à l'Académie de médecine du 20 janvier dernier.

chirurgiens de Londres pour des cas d'ascite; et je l'ai assez souvent appliqué depuis pour n'avoir plus de doutes sur son innocuité et son efficacité. Il a été récemment appliqué à Paris, avec le même succès, et à la pleine satisfaction des chirurgiens qui ont bien voulu l'expérimenter, une première fois, le 2 décembre dernier, sur une femme opérée par les docteurs Piogey et Morpain, et une seconde fois, le 26 février, à l'hôpital de la Charité, par M. Giraldès, dans le service de M. Rayer. Chez cette dernière malade, la ceinture appliquée avant l'opération a parfaitement fonctionné pour l'expulsion du liquide, mais la quantité de celui-ci était si considérable, que le retrait dû à l'élasticité du tissu n'a plus suffi pour maintenir la compression après l'évacuation du kyste. Un pli fut pratiqué à la partie antérieure de la ceinture, ainsi qu'on le voit indiqué sur la figure ci-contre; ce pli A, augmenté chaque jour, permit de suivre l'affaissement du ventre. (Voir fig. 1.)

M'occupant depuis dix ans, spécialement et exclusivement, du perfectionnement des appareils élastiques de compression et de contention, dont l'application est indiquée dans un si grand nombre d'affections, j'ai eu de fréquentes occasions d'expérimenter les effets d'une compression méthodique sur les kystes de l'ovaire. Les résultats que j'ai obtenus me semblent assez satisfaisants pour attirer l'attention des praticiens, qui peut-être n'ont si généralement renoncé à tout essai par la compression qu'à cause de l'insuffisance des moyens mécaniques employés jusqu'ici. Ce mode de traitement bien compris vient élargir à chaque instant le cercle de notre intervention. Je prendrai pour exemple la variété de kyste sur laquelle, il y a quelques mois à peine, M. Ad. Richard appelait l'attention des lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* (numéro du 28 février dernier, p. 153). S'il est une forme dans laquelle la compression soit indiquée, n'est-ce pas dans le cas du kyste tubo-ovarien, alors que la cavité des deux poches communique avec celles de l'utérus et du vagin? Aussi M. Richard a-t-il judicieusement défini cette sorte de kyste : « un kyste de l'ovaire en voie d'évacuation naturelle. » Quoi de plus naturel que de chercher à venir en aide à cette évacuation spontanée par la compression? Mais, comme toutes les idées très-simples, celle-ci ne s'est pas présentée à l'esprit des habiles chirurgiens appelés à discuter le traitement des kystes tubo-ovariens. Nous lisons à la fin de la première observation rapportée dans le Mémoire de M. Richard : « J'ai reçu dernièrement une lettre du médecin de la malade. L'écoulement séreux intermittent continue presque avec la même abondance... ; la jeune dame est singulièrement affaiblie et en proie à un état ner-

veux inquiétant. En cette grave occurrence, notre très-distingué confrère se demande si, par l'utérus, il serait possible d'agir sur la poche, ou si, au contraire, on pourrait s'opposer à l'issue du liquide pour dilater la poche tubo-ovarienne et la rendre accessible par l'abdomen. » Une ceinture élastique, et, si son action compressive ne suffisait pas, l'emploi d'un globe en caoutchouc qui agirait immédiatement sur la poche, constitueraient une tentative de traitement tout aussi rationnelle et certainement moins dangereuse. *Primo non nocere!*

Une expérience déjà bien mûrie m'a convaincu que la compression convenablement maniée est une ressource infiniment plus variée et plus efficace qu'on ne paraît le croire dans un grand nombre de lésions et d'accidents qui se présentent à chaque instant dans la pratique : tumeurs de toute nature, hydropisies, œdèmes, fractures, luxations, entorses, gonflements arthritiques, varices, hernies, prolapsus anal, utérin, etc., etc. Mes efforts ont eu pour but et, je l'espère, pour résultat, de donner à cette branche spéciale de la chirurgie, trop abandonnée à la routine industrielle, une base scientifique.

Parmi les applications si nombreuses et si variées que j'ai eu occasion de faire de la compression et que j'ai exposées avec les développements convenables dans un travail plus étendu [1], il en est deux qui me paraissent mériter plus spécialement l'attention des praticiens : les *hernies* et les *varices*.

Dans tous les cas de hernie réductible, l'intestin ou l'épiploon tendent constamment à s'échapper de la cavité abdominale, soit à travers le canal inguinal, soit à travers le canal crural, soit au travers de l'ombilic, soit sur d'autres points de la ligne blanche. C'est cette protrusion au dehors d'une portion plus ou moins considérable de l'intestin et de ses annexes qui constitue la hernie. L'empêcher est le but de tous les bandages herniaires. Mais cette indication, si simple en apparence, est cependant assez difficile à remplir, s'il faut en juger par la multitude des agents compressifs et contentifs imaginés à cette fin. Cette abondance est, cependant, plus apparente que réelle, car tous les appareils employés ou proposés jusqu'ici ne sont guère que des modifications d'un bandage métallique à ressort ordinaire, dont on ne parvient à supprimer quelqu'un des inconvénients qu'en en créant quelque autre, ou en.

---

[1] *Nouvelle méthode de compression par les appareils élastiques*, de Philippe Bourjeaurd, ancien chirurgien de la marine, 1854, in-8. Paris, chez l'auteur, 11, rue des Beaux-Arts.

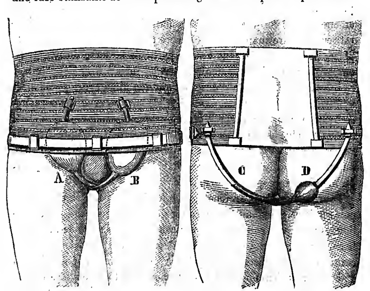
diminuant d'autant l'efficacité de son action, comme il arrive toujours lorsqu'on s'obstine à vouloir perfectionner une chose vicieuse en principe. Or, il est facile de montrer que les défauts du bandage herniaire usuel tiennent au principe même de la construction de l'appareil. Cet appareil, sous toutes ses formes, se réduit toujours, en effet, à un ressort d'acier plus ou moins rigide, disposé en demi-cercle, garni à chaque extrémité d'une pelote, dont une se fixe en arrière sur le rachis, tandis que l'autre, placée au devant de la hernie, pressant violemment de dehors en dedans, va presque rencontrer l'autre contre l'épine. Tous les organes, tous les tissus placés entre ces deux points, peau, muscles, aponévrose, tissu cellulaire, vaisseaux, péritoine, épiploon, intestin, sont ainsi soumis à une pression brutale, irrésistible, semblable à celle d'un étau. Ce n'est, en effet, qu'au moyen de cette pression violente que la pelote obturatrice peut être maintenue, et encore avec bien de la difficulté, en place, de sorte que la plus grande partie de la force du ressort est employée, non point à contenir la hernie, mais à fixer l'appareil.

Les fâcheux résultats d'une compression ainsi exercée sont aisés à prévoir : douleur, gêne, sensation de pesanteur à l'hypogastre, ecchymose, rougeur, excoriation et quelquefois inflammation dans toute l'étendue de la peau soumise à la pression, compression des veines, des glandes et vaisseaux lymphatiques du bassin; d'où stase du sang veineux, et, par suite, engorgement œdémateux et variqueux du membre correspondant, etc., etc.

Pour obvier à ces accidents, il faut évidemment recourir, non point à d'insignifiantes modifications du bandage à ressort métallique, mais à une combinaison radicalement différente de l'appareil herniaire. Celui que je soumets à l'examen des praticiens est, en conséquence, confectionné d'après un principe tout opposé. J'en ai d'abord exclu l'emploi du fer, de l'acier et de toute matière métallique, dont le contact est essentiellement antipathique aux tissus vivants. Il n'y entre que des tissus doux au toucher, flexibles, élastiques, et de l'air. Voilà pour la matière. Quant à la forme, j'ai remplacé l'étroit ruban ou la mince tige métallique du bandage usuel par une large pièce d'étoffe enveloppant tout l'abdomen. A la pression brutale, irrésistible et circonscrite de l'extrémité du ressort sur l'anneau, j'ai substitué une pression douce, graduée et générale, exercée sur toute la surface des parois abdominales, et sur les organes qu'elles contiennent. La pelote obturatrice, au lieu d'être maintenue de force au devant de l'ouverture herniaire par l'action seule, et dès lors nécessairement très-violente, du levier d'acier auquel elle

est attachée, est retenue sans effort, dans une situation invariable, par ses rapports avec l'ensemble de l'appareil dont elle fait partie, lequel ne peut lui-même, grâce à l'étendue des surfaces qu'il embrasse et à son mode d'application, être dérangé. De cette manière la pression exercée par l'appareil est réduite au minimum rigoureusement nécessaire pour empêcher la sortie de l'intestin qui, dès lors, n'est plus, à proprement parler, *comprimé*, mais seulement *soutenu* et *contenu*, ce qui doit être le véritable but d'un bon bandage herniaire.

Mon appareil réalise, j'ai lieu de le croire, toutes les conditions d'innocuité et d'efficacité désirables. Les figures ci-jointes donnent une idée suffisante de la disposition générale des parties qui le com-



(Fig. 2. Face antérieure de la ceinture.) (Fig. 3. Face postérieure.)

posent; mais, pour plus de clarté, j'y joindrai une courte description empruntée au Rapport dont il a été l'objet à la *Société de chirurgie* (1) : « Cet appareil est composé d'une ceinture faite avec des bandelettes élastiques d'un demi-pouce de largeur, cousues ensemble, formant par leur réunion un tissu parfaitement uni, fin et solide, et

(1) Les membres de cette Commission étaient MM. Larrey, Deguise fils et Alph. Guérin, rapporteur.

disposées de manière à exercer une compression exacte sur tout l'abdomen, depuis le pubis jusqu'à la pointe du sternum. La force des bandelettes varie selon les cas et les sujets. On peut l'augmenter ou la diminuer à tous les degrés. L'abdomen est ainsi comme encaissé entre les parois d'une large et solide ceinture qui soutient parfaitement bien les viscères et joue le rôle d'une sorte de fascia supplémentaire. A la partie inférieure et intérieure de la ceinture, précisément aux points correspondant aux anneaux inguinaux, sont attachées deux pelotes creuses, élastiques, recouvertes en peau de chamois. Ces pelotes, remplies d'air, exercent sur les anneaux une douce compression qui peut être, à volonté, augmentée ou diminuée, en changeant, au moyen d'un petit tube garni d'une vis, la quantité d'air qu'elles contiennent? Pour que la pelote appuie suffisamment sur le point qu'elle doit comprimer, une bande de toile très-forte ajoute à la résistance de la ceinture dans une étendue qui correspond à la largeur de la paroi abdominale antérieure. Cette bande permet au malade de relâcher sa ceinture après un repas copieux et de la resserrer quand il doit se livrer à un exercice pénible. » Quelque réservé que je doive me montrer à l'égard de ce rapport, nos confrères me pardonneront d'en citer quelques lignes propres à les éclairer. « J'eus peur d'abord, ajoute le rapporteur, que les pelotes à air n'eussent pas une résistance suffisante; mais je ne tardai pas à être rassuré, quand je vis l'appareil appliqué. Ces pelotes, en effet, ne sont molles que par leurs parties libres; la surface par laquelle elles sont adaptées à la ceinture est dure et très-résistante; elles sont, en outre, fixées par deux sous-cuisses, qui, par leur élasticité même, s'opposent à leur déplacement; et lorsque la pression qu'elles exercent paraît insuffisante, il est facile de l'augmenter au moyen de la courroie en fil dont il a été parlé plus haut [1]. Je pourrais aujourd'hui citer un grand nombre de faits dans lesquels les bandages ordinaires avaient été insuffisants, soit parce que le développement de l'abdomen ne permettait pas qu'ils restassent en place, soit parce que la compression n'avait pas pu être supportée par les malades, et dans lesquels les hernies ont été admirablement contenues par la ceinture de M. Bourjeaurd. Plusieurs membres de la Société, MM. Larrey, Huguier, Robert, Gosselin, ont pu porter le même jugement.....

(1) Un second moyen est de placer une ampoule à l'extrémité du sous-cuisse D, fig. 3. Le malade en s'asseyant comprime ce réservoir, et l'air expulsé va gonfler d'autant la pelote herniaire. La configuration et l'étendue des pelotes varie suivant la disposition des anneaux et le volume des hernies.

(Note de l'auteur.)

Pour me résumer, je dirai que, dans aucun cas, cette ceinture ne nous a fait défaut ; que toujours les malades nous ont vanté le bien-être qu'ils ressentaient de son application. Si j'ajoute que rien ne trahit l'existence de cet appareil à travers les vêtements les moins larges, j'aurai justifié la conclusion de votre Commission, qui n'hésite pas à proclamer que la ceinture herniaire dont je viens de vous entretenir est un véritable progrès sur tous les *bandages* connus. »

J'ajouterai que le tissu élastique employé pour cette ceinture herniaire, fabriqué en Angleterre sur mes indications, est aussi celui que j'emploie dans la confection de la plupart des appareils compressifs et contentifs (ceintures hypogastriques, abdominales, suspensoirs, etc.), et plus spécialement pour les bas, dans les cas de *varices*, d'œdème des membres inférieurs, etc.

(Fig. 4).

Je me bornerai, sur cette application aux varices de mon mode de composition *spirale* ou *circulaire*, à dire que le bas que j'emploie à cet effet se compose d'une suite de bandelettes élastiques cousues ensemble, formant par leur réunion une étoffe solide, fine, souple, éminemment élastique. Seulement on remarquera que l'élasticité n'y a lieu que dans un sens, celui de la largeur. Elle s'exerce dans le bas exclusivement en travers, suivant la direction constante de la bandelette génératrice du tissu, qui, enroulée autour du membre, décrit une sorte de spirale. Dans le sens de la hauteur, le tissu du bas est inextensible. Cette disposition permet d'appliquer la pression dans la direction jugée utile et, en outre, de la graduer à volonté, double condition à laquelle doit satisfaire un système rationnel de bandage compressif et contentif. Dans ces dernières années, les chirurgiens français sont arrivés à trouver dans l'emploi des injections coagulantes un traitement curatif des varices ; mais, faute de recourir à la compression, la maladie se reproduit. L'usage d'un bas bien fait, en s'opposant à la dilatation des veines voisines du tronc oblitéré, préviendrait toute récidive.

J'ai lieu d'espérer que les courtes indications de quelques procédés et appareils de compression, nouveaux peut-être pour un grand nombre de mes confrères de Paris, puisque, jusqu'à ces derniers temps, je ne les ai fait connaître qu'à Londres, leur paraîtront mériter quelque attention. Déjà quelques-uns de ces appareils, et notamment mes ceintures herniaires, ont été expérimentés dans plusieurs hôpitaux, et ont obtenu l'approbation des seuls juges et appréciateurs légitimes de toute œuvre médicale ou chirurgicale, seuls compétents pour en conseiller et surveiller l'application. Une longue expérience me permet d'espérer que la même épreuve sera également favorable à ceux qui n'ont pas encore reçu cette honorable sanction publique.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note pharmacologique sur le guarana ou paullinia.

Le silence de la plupart de nos traités de thérapeutique à l'égard du guarana, médicament exotique dont la valeur a été de nouveau mise en relief dans notre avant-dernier numéro (p. 418) par notre confrère M. Hervé, de Lavaur, nous engage à rassembler ici les notions connues sur ce produit. Il est encore un bon nombre de substances complétement négligées, dont les propriétés médicinales, une fois connues, doivent leur assigner un rang distingué dans la matière médicale. De ce nombre nous paraissent devoir être les semences du paullinia, qui servent à préparer le guarana.

Ce médicament nous a été signalé pour la première fois en 1817, par Cadet de Gassicourt, d'après un fragment de guarana qui lui avait été rapporté du Brésil par un officier attaché à notre ambassade. Sur cet échantillon était collée une étiquette portant que cette substance était fort employée au Brésil contre la diarrhée et la dysenterie.

Vers la fin de 1822, un habitant des mêmes contrées, M. Gomès, adressait à Mérat un échantillon complet : c'était une masse présentant la forme, le volume et la couleur de nos saucissons ; il y avait joint un os très-rugueux, destiné à faire l'office de râpe et que l'on vend toujours avec le médicament. M. Gomès ne donnait aucun détail sur le mode de préparation du guarana ; il mandait que c'était une pâte composée par les Indiens du Para, et dont les Brésiliens, à l'exemple des Indiens, usaient à petite dose et râpée dans un verre d'eau sucrée, comme boisson hygiénique et antifébrile, puis

à la dose de 4 à 8 grammes dans les cas de dévoiement et de dyssenterie ainsi que dans les maladies des voies urinaires par relâchement. Il terminait en disant que son emploi était d'un usage vulgaire, et que pas un habitant ne s'aventurait dans un voyage sans se munir de guarana.

Depuis, un savant botaniste bavarois, Martius, s'est occupé de découvrir la plante qui fournit le guarana, car ce nom n'appartient pas à la liane dont on tire ce produit, mais bien aux peuplades demi-sauvages qui le préparent et s'en servent pour elles-mêmes. Les Indiens Guaranis occupent des contrées marécageuses situées entre les fleuves Parana et Uruguay et se nourrissent de manioc, d'ignames et de maïs. On comprend que ces tribus aient cherché une substance capable de triompher des fréquents flux de ventre auxquels les expose leur alimentation exclusivement végétale, sous un climat chaud et au sein d'effluves paludéens. L'instinct, ce guide quelquefois si précieux, les a merveilleusement servis en leur faisant user des semences d'un arbuste très-abondant dans leurs forêts. En octobre et novembre, dit Martius, à la maturité des semences, les Indiens les retirent de leurs capsules pour les faire sécher au soleil, afin de pouvoir briser entre les doigts la pellicule qui les recouvre. Elles sont ensuite broyées sur une pierre plate préalablement chauffée, comme pour le chocolat. On y ajoute alors de l'eau en petite quantité, ainsi qu'un peu de cacao et de fécule de manioc. Après quelque temps on en fait une pâte en pétrissant le mélange, où l'on introduit des semences concassées ; puis on donne à cette pâte une forme cylindrique analogue à celle de nos magdaléons d'emplâtres, et on la fait sécher soit au soleil, soit à l'aide de la chaleur artificielle, jusqu'à ce qu'elle ait acquis une grande dureté. Ainsi préparé et mis à l'abri de l'humidité, le guarana peut se conserver de longues années. Martius a classé l'arbrisseau grimpant qui fournit ces semences dans la famille des sapindacées, sous le nom de *paullinia sorbilis*, à cause de son emploi en boisson.

Théodore Martius, frère du botaniste, découvrit en 1826 dans le guarana une matière cristalline, à laquelle il rapportait toutes les propriétés thérapeutiques du médicament. Regardant cette substance comme un nouvel alcali organique, il lui donna le nom de *guaranine*. MM. Berthémot et Dechastelus reprirent en 1840 l'étude chimique du prétendu principe immédiat, et démontrèrent par l'analyse élémentaire de ce produit que cette substance cristalline n'était autre que la *caféine* et qu'elle se trouvait dans le guarana à l'état de *tannate*. Un fait important, au point de vue de la thérapeutique, et que

nous croyons devoir rappeler ici, est que la caféine est plus abondante dans les semences du paullinia que dans aucune des plantes (le café et le thé) d'où on l'a extraite jusqu'ici.

Peu de temps après la publication de leur mémoire, l'un des auteurs, M. Dechastelus, communiquait à la Société de pharmacie les diverses préparations et formules sous lesquelles on pouvait administrer ce médicament. L'honorable pharmacien rappelle que l'alcool est le seul agent qui enlève au guarana toutes ses propriétés actives; aussi doit-on se servir, suivant lui, de l'extrait hydro-alcoolique pour les diverses préparations de ce médicament. On obtient cet extrait en épuisant le guarana par de l'alcool à 22 degrés bouillant; on distille la teinture pour retirer la majeure partie de l'alcool, et on évapore en consistance pilulaire. Voici ses formules :

Pastilles de guarana, ou paullinia.

Pr.	Extrait hydro-alcoolique..................	21 grammes 50 centigr.
	Sucre aromatisé à la vanille..........	500 grammes.
	Mucilage de gomme adragante.........	Q. S.

Faites des pastilles de 60 centigrammes. Elles contiennent ainsi 1/2 grain d'extrait par pastille. Dose de 16 à 20 dans la journée.

Sirop.

Pr.	Extrait hydro-alcoolique..............	10 grammes.
	Sirop de sucre.......................	1,000 grammes.

On fait dissoudre l'extrait dans une petite quantité d'eau bouillante, on l'ajoute au sirop, qu'on ramène en consistance. Dose de 45 à 60 grammes par jour.

Pilules.

Pr.	Extrait hydro-alcoolique............	Q. S.

pour des pilules contenant chacune 10 centigrammes d'extrait. Dose de 4 à 5 par jour.

Teinture.

Pr.	Extrait hydro-alcoolique.............	32 grammes.
	Alcool à 22°..............................	500 grammes.

Faites chauffer l'alcool pour dissoudre l'extrait.

Pommade.

Pr.	Extrait hydro-alcoolique.............	8 grammes.
	Axonge...................................	64 grammes.

A l'aide de l'eau bouillante on ramollit l'extrait pour l'incorporer à l'axonge.

Prises de poudre.

Pr.	Poudre de guarana..................	4 grammes.
	Sucre aromatisé.....................	16 grammes.

Un ou deux paquets par jour.

Chocolat tonique au guarana.

Pr.	Chocolat de santé.....................	500 grammes.
	Poudre de guarana....................	32 grammes.

Ces nombreuses formules ont peu servi à la fortune du guarana, puisque voici plus de quinze années qu'elles ont été publiées, sans avoir pu fixer sur cet excellent médicament l'attention des médecins français. M. Gavrelle est, à notre connaissance, le seul médecin qui ait cherché à fixer l'attention sur ce médicament, et qui ait insisté sur l'utilité de son emploi dans la chlorose, les convalescences prolongées, les paralysies dites essentielles, le dévoiement des phthisiques, la migraine, etc. Une seule préparation, la poudre, nous a suffi pour nos essais; nous l'avons administrée le plus souvent dans de l'eau sucrée, ainsi qu'on le pratique au Brésil, d'autres fois dans du lait ou du chocolat, ou bien encore dans du vin sucré, lorsque nous voulions ajouter encore aux propriétés éminemment toniques du guarana.

Comme notre confrère, M. Hervé, nous avons eu de nombreuses occasions de constater ses bons effets dans les diarrhées aiguës ou chroniques. Dans ces derniers cas, l'affection durait depuis un an, quinze mois, deux ans, et avait résisté au sous-nitrate de bismuth, administré à haute dose, soit seul, soit associé à l'opium. Mais c'est principalement sur l'action rapide du guarana dans la diarrhée aiguë, surtout celle qui se manifeste chez les hommes qui se livrent aux travaux des champs, à l'époque des premières chaleurs, que j'appellerai l'attention de nos confrères. Je viens d'en être récemment encore témoin pendant un court séjour en Picardie.

Vers le mois de mai, de nombreux ouvriers arrivent de la Belgique pour se livrer au sarclage de la betterave; or, sous l'influence de la haute température que nous avons subie un instant, tous ces hommes ont été pris de diarrhée accompagnée d'un mouvement fébrile intense. Tandis que les fermes voisines étaient forcées de laisser partir leurs ouvriers, celle dans laquelle je me trouvais a pu, grâce au guarana, conserver les siens. En moins de trois jours ces quinze hommes ont été guéris de leur diarrhée; chez aucun d'eux je n'ai élevé la dose au delà de 4 grammes, et à un tiers d'entre eux j'ai donné seulement 2 grammes, la moitié le matin, le reste le soir. Je crois que la plus

grande division de la poudre que j'employais était la cause de cette action plus énergique du médicament. Les Brésiliens râpent leur magdaléon de guarana à l'aide d'un os rugueux; la poudre ainsi obtenue est beaucoup plus grossière, sa saveur est moins amère et son action moins prompte. Ainsi se trouvent vérifiées quelques-unes des propriétés reconnues au guarana : à elles seules elles doivent suffire pour provoquer de nouveaux essais.

Le guarana existe aujourd'hui en grande quantité dans le commerce de la droguerie; son prix est peu élevé (de 10 à 20 centimes le gramme) et baissera encore lorsqu'il sera entré dans la pratique courante. DEBOUT.

Nouveau persulfate de fer soluble,

Par M. MONSEL, pharmacien aide-major à l'hôpital militaire de Bordeaux.

L'importance que les agents hémostatiques ont conquise en ces derniers temps nous porte à penser que l'essai tenté par M. Monsel sera accueilli avec intérêt. Un persel ferrique stable, et exerçant une action peu irritante sur les tissus, serait une précieuse acquisition. Voici le nouveau mode de préparation du persulfate de fer que propose cet honorable pharmacien, afin de donner à ce sel une prééminence incontestable.

PR. Eau distillée.................... 100 grammes.
Acide sulfurique à 66°............ 10 grammes.

Portez à l'ébullition dans une capsule de porcelaine d'une contenance d'un demi-litre :

Ajoutez :

Protosulfate de fer................ 50 grammes.

Après dissolution complète, versez peu à peu dans le liquide bouillant :

Acide azotique à 35°.............. 16 grammes.

Lorsque le dégagement tumultueux des vapeurs rutilantes est terminé, ajoutez par portions :

Protosulfate de fer pulvérisé....... 50 grammes.

La dissolution de cette nouvelle quantité de sulfate de protoxyde de fer renouvelle le dégagement des gaz rutilants. Enfin, complétez le volume de 100 grammes en ajoutant Q. S. d'eau distillée; laissez refroidir; filtrez.

La solution limpide marque 45° au pèse-sels. Elle est d'un rouge brun très-foncé, inodore, d'une saveur extrêmement astringente, sans causticité. Lorsqu'on l'étend d'une grande quantité d'eau dis-

tillée, elle se dédouble au bout de plusieurs heures en sulfate acide soluble et en sous-sulfate insoluble. Elle se concentre par l'ébullition jusqu'à prendre la consistance du miel; et si alors on l'étend en couche mince sur des plaques de verre, elle se dessèche dans l'étuve à la température de + 35°, et peut être obtenue en écailles rougeâtres, brillantes comme le citrate ou le tartrate de peroxyde. Ces écailles retiennent 25/100 d'eau, se dissolvent aisément dans une petite quantité d'eau distillée sans décomposision, et peuvent reproduire la solution primitive. Si, au lieu de dessécher le sel avec précaution, on le chauffe jusqu'à dessiccation complète à feu nu, il devient jaune verdâtre et anhydre. Dans cet état, il se dissout dans l'eau distillée froide en quarante-huit heures, en reproduisant la solution primitive, et il se dissout immédiatement dans l'eau bouillante; à peine abandonne-t-il un léger résidu jaune clair.

Le sel en écailles est soluble dans l'alcool sans décomposition.

La solution aqueuse à 45° B^{é} est susceptible de dissoudre de l'hydrate de peroxyde de fer par une longue digestion; mais la dissolution ne peut être concentrée sans se décomposer.

La solution à 45°, traitée par quelques gouttes d'acide sulfurique, se décolore; un excès d'acide sulfurique la solidifie tout à coup en donnant un composé blanc comme du plâtre.

J'appelle particulièrement l'attention sur la manière dont elle se comporte avec l'albumine de l'œuf ou avec le sang : quelques gouttes produisent un caillot très-volumineux et très-résistant, absolument insoluble, qui continue de se gonfler et de durcir pendant plusieurs heures.

En résumé :

Le nouveau sulfate a 2 équivalents 1/2 d'acide sulfurique pour 1 équivalent de peroxyde de fer; on peut le représenter par la formule atonique $5\ S\ O^3,\ 2\ Fe^2\ O^3$, et il est certainement préférable au sulfate de peroxyde de fer, dont la préparation est formulée dans le *Traité de Pharmacie* de Soubeiran (1853, t. II, p. 365). Ce dernier est très-caustique; il contient un grand excès d'acide azotique. Ce qui le prouve, c'est qu'on peut y ajouter, à la température de l'ébullition, 1/4 en sus de la quantité de protosulfate de fer qui a servi à le préparer, et en dégager ainsi une grande proportion de vapeurs nitreuses.

Je n'hésite pas à affirmer que le nouveau persulfate soluble est beaucoup moins caustique, plus facile à préparer et plus stable que le perchlorure de fer, et qu'on devra le préférer comme hémostatique et comme tonique astringent.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De la valeur et des indications de la saignée des ranines dans les diverses espèces d'angines.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt les mémoires de MM. Mestivier et Aran sur l'emploi de la saignée des ranines dans les angines. J'exerce depuis trente ans la médecine dans une contrée voisine de la mer, entourée de marais, exposée aux vents froids de l'ouest, où les angines inflammatoires sont extrêmement fréquentes. Je n'emploie guère d'autre traitement que la saignée à la langue et l'alun, soit en gargarismes, soit, mieux encore, en insufflations, et je demeurerai certainement au-dessous de la vérité en vous disant que dans ces trente années j'ai fait un millier de saignées des ranines. Aussi ce n'est pas sans quelque étonnement que j'ai lu dans le mémoire de M. Aran que cette pratique, qui est si populaire dans nos contrées, passe aujourd'hui pour être complétement abandonnée. Permettez-moi donc de concourir, pour ma part, s'il en est besoin, à la réhabilitation de la saignée des ranines, et d'ajouter à l'autorité des praticiens distingués qui ont traité cette question le faible témoignage de mon expérience.

Après la publication des deux mémoires insérés dans votre précieux recueil, il serait bien superflu d'entrer dans de longs détails, et je veux arriver tout de suite aux conclusions qui m'ont paru contestables.

Pratiquée seule et comme déplétive, la saignée des ranines, dit M. Mestivier, est nuisible dans les angines inflammatoires des sujets pléthoriques, et, pour être utile par son action locale, elle doit être accompagnée de la saignée du bras.

Je suis très-loin de partager cette opinion. Pour enrayer un mal de gorge, on n'a pas besoin, lorsque l'on tire directement le sang de la partie enflammée, d'une émission sanguine considérable, et toutes les fois qu'il n'existe pas de complication qui exige impérieusement la saignée du bras, celle de la langue est suffisante : j'en possède de nombreux exemples. Permettez-moi d'en citer un seul, que j'ai observé il y a un mois. Le nommé Dreneau, boucher, âgé de cinquante ans, vrai type de constitution pléthorique, souffrait depuis deux jours d'une angine inflammatoire. Les amygdales, le pharynx, le voile du palais étaient d'un rouge très-vif ; le pouls était plein, dur ; la face très-animée ; la respiration difficile ; la déglutition impossible. La saignée des ranines fit disparaître en moins de vingt-quatre heures tous ces accidents.

La saignée des veines sublinguales doit-elle être employée dans les angines couenneuses? Oui, dit M. Chaparre, et, d'après lui, M. Mestivier, mais à la condition qu'elle sera pratiquée dès le début; et il ajoute que ce début est souvent terminé avant que le malade ait eu l'éveil.

Mais, s'il en est ainsi, si, pour que la saignée soit utile dans ces cas, elle doit être pratiquée avant l'apparition des véritables symptômes de l'angine couenneuse, sera-t-on certain que la maladie qu'on aura traitée devait avoir ce caractère? Ne savons-nous pas que, dans le cours des épidémies d'angines diphtériques, un grand nombre d'individus sont atteints de maux de gorge qui se dissipent par des moyens fort simples et ne présentent pas le caractère spécifique? Cette observation s'applique, en général, à toutes les épidémies. Il m'est arrivé quelquefois de commencer par la saignée de la langue le traitement des angines couenneuses dans lesquelles se faisaient déjà remarquer les symptômes caractéristiques, je veux dire ces plaques irrégulières, d'un blanc sale, d'un aspect lardacé, qui recouvrent les amygdales. Je n'en ai jamais obtenu de bon résultat, et il m'a fallu recourir promptement aux cautérisations qui sont le moyen héroïque, qui seules sont capables d'enrayer la marche envahissante de la diphtérite, et, à cette occasion, je dirai que l'acide hydrochlorique m'a toujours paru préférable au crayon de nitrate d'argent.

La saignée des ranines est-elle un moyen abortif tout puissant dans le traitement des angines gangréneuses, ainsi que le pense M. Mestivier?

Je regrette qu'une longue expérience ne me permette pas d'admettre cette opinion. Il est vrai que, si j'ai quelquefois saigné à la langue dans les angines couenneuses, je n'ai jamais osé le faire dans les maux de gorge gangréneux; mais j'ai tant vu de malades chez lesquels, avant mon arrivée auprès d'eux, des sangsues appliquées à la gorge avaient été suivies du plus fâcheux résultat, que je suis profondément convaincu que, dans l'angine maligne, les émissions sanguines augmentent les accidents adynamiques et doivent être sévèrement proscrites.

J'ai parlé des angines inflammatoire, diphtérique, gangréneuse. Il est une autre variété de mal de gorge qui se rencontre assez fréquemment dans nos marais : c'est une inflammation œdémateuse du voile du palais et des piliers. Cette angine, qui s'accompagne d'un gonflement considérable des parties affectées, est extrêmement douloureuse; elle rend la respiration très-difficile, la déglutition tout

à fait impossible. J'ai essayé, dans ces cas, la saignée des ranines ; elle n'est pas sans utilité, mais elle m'a paru insuffisante. Il est un moyen qui ne manque jamais de produire un heureux résultat, ce sont les scarifications, le débridement des parties tuméfiées. Je fus pris, au mois de juin 1845, d'une angine de cette nature. N'ayant pas alors de confrère dans ma localité, je commençai par me saigner moi-même aux ranines ; j'eus recours ensuite à l'application de nombreuses sangsues, aux gargarismes d'alun, mais sans le moindre succès. J'appelai alors un de mes amis, le docteur Baud, de Luçon, qui s'empressa de venir à mon secours, et je le priai de me faire sur le voile du palais enflammé et tuméfié des scarifications qui me délivrèrent promptement d'un mal de gorge qui m'avait fait horriblement souffrir.

Permettez-moi maintenant de dire un mot de la manière de pratiquer la saignée des ranines. M. Aran a renoncé à ouvrir la veine en travers, et il dissèque doucement et à petits coups, de haut en bas, la membrane muqueuse, le long de la veine, de manière à mettre ce vaisseau à découvert dans l'étendue d'un centimètre et demi. Il ouvre ensuite chaque ranine. Je rends une entière justice à l'ingénieux procédé de M. Aran, et je reconnais volontiers que l'ouverture de la veine, dans le sens de sa longueur et dans une étendue d'un centimètre et demi, donnera une effusion de sang plus considérable et plus prompte que si la veine est simplement ouverte en travers. Cependant j'hésiterais à adopter cette manière d'opérer ; je craindrais que, dans la pratique civile, elle n'eût pour résultat de dépopulariser la saignée de la langue auprès des malades qui sont, en général, effrayés des dissections douloureuses. J'ai toujours incisé simplement les deux ranines en travers, et il est bien rare qu'avec l'aide de l'eau tiède et de quelques mouvements de la langue je n'obtienne pas la quantité de sang nécessaire. Lorsque l'inflammation de la gorge est violente, les veines de la langue sont pleines et gorgées, et l'écoulement du sang est toujours assez abondant. S'il arrive quelquefois que cette saignée donne médiocrement, ce n'est que dans les cas où l'inflammation présente peu d'intensité, et alors la saignée n'est pas indispensable : l'alun suffit à la guérison.

Je me résume et je crois que, dans l'angine gangréneuse ou maligne, la saignée des ranines est dangereuse ; que dans l'angine couenneuse elle est inutile, dangereuse même, si elle fait perdre un temps précieux, si, trop confiant dans son action, l'on néglige l'emploi des cautérisations ; que, dans l'angine qui s'accompagne d'œdème du voile du palais et des piliers, cette saignée n'est pas sans utilité,

et que, cependant, il est nécessaire d'y joindre les scarifications.

Mais je dirai avec M. Aran que c'est dans l'angine inflammatoire, quel que soit son siége, que triomphe véritablement la saignée des ranines. C'est une pratique excellente, dont j'ai toujours eu lieu de m'applaudir ; elle procure un soulagemont immédiat et durable ; elle est bien préférable aux sangsues, qui se vendent fort cher, même dans nos marais, qui sont moins efficaces, et laissent des cicatrices indélébiles. Mais généraliser cette méthode, l'étendre au traitement des angines diphtériques, des angines gangréneuses, c'est, je n'hésite pas à le dire, se préparer des déceptions, c'est compromettre l'avenir d'une pratique éminemment utile. Réservons-la pour les maux de gorge véritablement inflammatoires ; son rôle sera encore assez beau, et les occasions de l'appliquer avec succès ne manqueront pas.

Charrier, D.-M.,
à Chaillé-les-Marais (Vendée).

BIBLIOGRAPHIE.

Essai historique et critique sur les attaques dirigées contre la vaccine, par Eugène Bertin, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

C'est sortir de nos habitudes que de consacrer une page dans notre bulletin bibliographique à une simple thèse de doctorat. Bien que ces sortes de travaux, quand ils sont faits sérieusement, puissent déjà révéler, et révèlent parfois dans les jeunes auteurs qui les ont signés un ensemble de qualités intellectuelles qui promettent un avenir fécond, il est rare cependant qu'on y trouve plus que des promesses, et qu'un point quelconque de la science y soit traité de manière à constituer un progrès, à reculer les bornes de la médecine sur ce point. Malgré la façon correcte dont elle a été rédigée, malgré la méthode avec laquelle le plan en a été jeté, la thèse de notre jeune et laborieux confrère n'eût pas été examinée ici, si la question qui y est traitée n'était une question essentiellement actuelle, et qui mérite au plus haut degré de fixer l'attention des praticiens.

Lorsqu'il y a quelques années, un homme parfaitement étranger aux choses de la médecine, M. Carnot, éleva la voix contre la vaccine, et fit de celle-ci le bouc émissaire de la plupart des grandes maladies qui affligent l'espèce humaine, le premier effet que produisit dans le monde médical cette accusation imprévue fut l'étonnement ; mais cet étonnement cessa rapidement, et l'attention des médecins, fixée sur cette question, les conduisit bientôt à reconnaître et à proclamer hautement que, sous cet acte d'accusation, il n'y avait qu'une chose,

une profonde ignorance et une incroyable fatuité. Lorsqu'un peu plus tard, deux ou trois médecins vinrent prêter le concours apparent au moins de leur autorité plus nominale que positive à l'auteur de ce paradoxe dangereux, la question fut enfin mise à l'ordre du jour, et des quatre coins de l'horizon scientifique partirent des protestations, qui suffirent à mettre au néant des prétentions désormais insoutenables. M. Eugène Bertin, en abordant lui-même cette question dans sa thèse inaugurale, a, dans un résumé substantiel et fort bien fait, montré d'une manière victorieuse l'inanité de cette thèse impossible. Nous allons dire en peu de mots la route qu'il a suivie pour arriver à ce but.

Après avoir, dans un avant-propos succinct et tout empreint d'une honnête modestie, posé la question qu'il se propose de résoudre, M. Bertin jette un coup d'œil rapide sur la vie de Jenner. Telle est la fascination que la passion, même purement scientifique, exerce sur les esprits, que, dans cette croisade imprévue entreprise contre la vaccine, non content de s'attaquer aux faits, on est descendu jusqu'à la calomnie posthume, et qu'on n'a pas craint de présenter l'illustre médecin anglais comme un homme sans probité, et qui, dans son for intérieur, ne croyait pas à l'innocuité de la pratique sur laquelle il appelait l'attention publique. M. E. Bertin, avec la généreuse indignation qu'on puise dans un cœur de vingt-cinq ans, s'élève contre cette insinuation perfide, et efface de l'auréole de Jenner cette tache qu'un esprit bien léger au moins essaya un jour d'y imprimer. Cette réhabilitation terminée, l'auteur aborde directement la question, la prend *ab ovo*, et la poursuit aux divers points de vue auxquels elle a été successivement présentée. Il commence par établir, par le raisonnement et par l'histoire non torturée de la science, que le germe inné de la variole, qui sert de fondement théorique à toutes les divagations de ces messieurs sur les transformations du poison variolique contrarié par la vaccine dans son développement normal, est une hypothèse que rien ne justifie. Il y a au fond de cette idée, considérée comme conception théorique, une absurdité grossière qu'on a été ramasser dans les balayures des plus vieilles bibliothèques, et qui ne soutient pas un instant l'examen d'un esprit tant soit peu exercé à méditer sur les choses de la vie pathologique. Ceci établi, notre jeune confrère étudie tour à tour les prétendues métamorphoses de ce prétendu virus inné, et montre que tout cela est de la mythologie, aussi sûrement que les fables du poëte de Sulmone : seulement c'est de la mythologie triste.

La fièvre typhoïde, le croup, la phthisie pulmonaire, le cancer,

l'aliénation mentale, le suicide, et, ce qui résume tout le mal, la dégénérescence de l'espèce humaine, sont, on le sait, les formes morbides diverses sous le masque desquelles le virus variolique inné, empêché dans son développement, se traduit à l'observation des adversaires de la vaccine. Qu'un homme du monde ait pris, un jour de découragement ou de tristesse, ces papillons noirs de l'imagination pour une réalité, on le comprend ; mais que des médecins, et des médecins auxquels on ne saurait sans injustice refuser et de l'instruction et de l'intelligence, se soient faits les parrains de ces enfants débiles d'une imagination malade, voilà ce qui se comprend plus difficilement. Nous ne pouvons voir au fond de ce concours imprévu qu'un besoin ; c'est trop peu, qu'un appétit de renommée; qui ne recule pas devant le scandale du paradoxe. Quoi qu'il en soit à cet égard, M. Bertin perce à jour toutes ces erreurs, et prouve surabondamment, en condensant dans une spirituelle argumentation toutes les démonstrations qui en ont été données, que les auteurs qui ont vu au fond de ces maladies le virus variolique inné à l'organisme, comme leur *enormon* fatal, comme leur *impetum faciens*, n'ont vu clair dans aucune de ces questions. Quant à la dégénérescence de l'espèce humaine, c'est le thème creux de tous les mécontents, et l'auteur a trouvé moyen de rajeunir, dans le tour au moins, les arguments avec lesquels on combat d'ordinaire cette thèse favorite des esprits malades. La médecine, pas plus que les autres sciences, que la poésie, la littérature, les beaux-arts, n'échappe à la pitié des lamentations des Jérémies modernes : savants ou poëtes, littérateurs ou artistes, nous ne sommes plus que des pygmées, que l'ombre du possible, que l'ombre du passé. Le type du beau se perd et s'efface ; heureusement que ces messieurs restent, pour que celui-ci ne se perde pas complétement. Avant la vaccine, tout était grand, fort, puissant. Depuis cette découverte, le monde maigrit à vue d'œil. « Cette foule de grands hommes, exhumés tout à l'heure avec pompe, dit spirituellement M. Bertin, n'ont dû leur force qu'à l'heureuse circonstance qui les a fait naitre avant la découverte du *cowpox*. Homère vacciné n'aurait pu faire l'*Iliade* ; Hercule, marqué du timbre fatal, n'aurait pu accomplir ses douze travaux célèbres, et aurait peut-être été réformé de nos jours pour faiblesse de complexion. »

Enfin, après avoir, sur toutes ces questions, disserté avec beaucoup de bon sens, et quelquefois avec une verve qui se montre comme le reflet d'une généreuse conviction, M. Bertin aborde le côté statistique de la théorie nouvelle, et montre que dans cette di-

rection, comme dans celles où nous les avons suivis, M. Carnot et ses *trois* sectaires se sont également et aussi évidemment fourvoyés.

En résumé, nous conseillons la lecture de cette thèse à tous ceux surtout qui n'ont porté qu'une attention distraite à cette question malheureuse. S'ils n'y trouvent pas d'arguments nouveaux pour se confirmer dans une conviction qu'ils se sont faite tout d'abord sur ce point, ils y trouveront au moins bien exposés les principaux des arguments à l'aide desquels cette thèse malencontreuse peut être victorieusement combattue dans le monde frivole ou ignorant où elle a pénétré.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Amaurose congestive guérie a deux reprises différentes par le séton a la nuque. — Que n'a-t-on pas dit dans ces derniers temps contre le séton et les exutoires en général? Et cependant la médecine serait bien dépourvue si on la privait d'un aussi précieux remède. Aux dénigrements que l'on a fait subir à ces puissants moyens, nous ne nous lasserons pas d'opposer des faits qui témoignent de toute leur utilité et de toute leur puissance.

J..., ancien fabricant de bas, est un homme de soixante-quatre ans, vigoureux et doué d'une bonne constitution, que sa profession a toujours obligé de travailler des journées entières dans des chambres, à une température assez élevée; il ajoute qu'il s'est fréquemment livré à des excès de vin et de femmes, qu'il n'a interrompus que depuis quatre années.

En 1849, il a eu des étourdissements fréquents, une céphalalgie très-intense presque continuelle, une constipation opiniâtre. A dater de cette époque, la vue s'est affaiblie graduellement, au point que, en 1851, il apercevait à peine la lumière, malgré l'emploi réitéré des saignées et des vésicatoires. En juin 1854, époque à laquelle il fut admis à l'hospice des Incurables, il y voyait à peine pour se conduire.

Le 15 décembre de la même année, J... entre à l'infirmerie. Il accuse une céphalalgie des plus intenses, des étourdissements plus marqués et plus fréquents, des vomissements. Sous l'influence de saignées, purgatifs et vésicatoires volants, ces derniers symptômes s'amendent notablement, mais l'état de la vue n'est nullement modifié.

Le 26 décembre, M. Hillairet fait appliquer un séton à la nuque. Trois jours après, il se développe au pourtour de la plaie un érysipèle qui envahit successivement la tête, le cou, le tronc et les membres supérieurs. Pendant la durée même de cette complication, le malade accuse une amélioration sensible dans l'état de ses yeux, puisqu'avec l'œil gauche il peut compter le nombre des vitres de la fenêtre voisine. On entretient la suppuration du séton, et l'on prescrit quelques purgatifs et des pédiluves sinapisés.

L'état général s'améliore de jour en jour et, le 16 février 1855, le malade sort de l'infirmerie dans un état très-satisfaisant et pouvant distinguer les minutes au cadran de l'hospice. Le séton est conservé près de deux mois et demi. Depuis lors, J..., qui observe un régime convenable, jouit d'une bonne santé; toutefois, pendant les grandes chaleurs, il éprouve un peu de céphalalgie, parfois même des étourdissements.

Le 13 novembre, il rentre à l'infirmerie avec des accidents cérébraux d'une extrême gravité. Il peut à peine imprimer quelques mouvements au bras et à la jambe du côté droit, qui semble le siége d'une sorte d'engourdissement et de fourmillement : cette semi-paralysie n'a pas été précédée de perte de connaissance. L'intelligence est nette, la sensibilité générale intacte ; la vue est de nouveau affaiblie, mais avec cette particularité remarquable que, tandis qu'autrefois l'affaiblissement était beaucoup plus prononcé dans l'œil gauche, il est à peu près égal aujourd'hui dans les deux yeux. La parole est un peu embarrassée.

Sous l'influence des émissions sanguines et des purgatifs, cet état s'améliore sensiblement ; un séton est de nouveau appliqué. La vue revient par degrés et, le 4 février 1856, le malade quitte l'infirmerie ayant la vision parfaitement rétablie, les mouvements du bras aussi étendus que par le passé ; cependant la jambe est toujours restée un peu faible. Depuis cette époque, le malade s'es bien porté.

Angine granuleuse cédant une première fois a l'emploi de la glycérine iodée et au traitement thermal par les eaux de Luchon. — Récidive. — Même application topique et bains minéraux de Pennes. — Guérison. — Il est un certain nombre d'affections que la lenteur de leur marche, le peu de gravité des accidents à leur début, et surtout leur apparition intermittente font classer dans la classe des simples incommodités. Aussi la plupart des individus qui en sont atteints négligent-ils de suivre les conseils qui leur sont

donnés, jusqu'à ce qu'enfin ces accidents, par leurs retours incessants et la plus longue durée des exacerbations, viennent les éclairer sur la gravité de leur maladie. De ce nombre se trouve l'angine granuleuse, affection caractérisée par l'hypertrophie des glandules de la muqueuse qui tapisse l'arrière-bouche. Les malades sont-ils les seuls coupables; et les praticiens les éclairent-ils toujours sur les suites de leur affection, les soutiennent-ils dans la lutte incessante que leur impose une lésion qui prend sa source dans un état diathésique auquel viennent se joindre de mauvaises habitudes? Les ressources thérapeutiques sont-elles d'ailleurs si nettement tracées, qu'on n'éprouve aucune difficulté à formuler le traitement de cette maladie? On peut répondre non. Le traitement doit satisfaire à une double indication, et, tout en combattant la lésion locale, il doit chercher à modifier la condition générale de l'organisme qui produit et entretient cette lésion. C'est à l'enseignement clinique de M. le professeur Chomel que nous devons la mise en relief de cette dernière indication, et surtout les notions les plus précises à l'égard des conditions pathogéniques de l'angine granuleuse et partant de la méthode thérapeutique à employer. La chronicité de l'affection avait porté cependant quelques médecins à la rattacher, dans certains cas, à une disposition spéciale de l'organisme; mais le caractère des symptômes, toux, expectoration, enrouement, aphonie, les avait conduits à faire de cette sorte d'angine une dépendance de la diathèse tuberculeuse. Suivant M. Chomel, au contraire, les exacerbations de la lésion des glandules de la muqueuse pharyngienne alterneraient toujours avec des manifestations dartreuses, et ce serait dans l'existence d'une diathèse herpétique qu'il faudrait aller puiser les indications du traitement général. De cette conception de la nature de la maladie découlait naturellement pour l'éminent praticien l'usage interne et externe des eaux sulfureuses, spécialement prises aux stations thermales, de préférence aux modificateurs généraux, le mercure, l'iode et les balsamiques généralement opposés à l'angine granuleuse.

Le mode d'action de la médication sulfureuse, dans l'angine granuleuse, n'est pas le résultat d'une action spécifique; la preuve, c'est qu'on voit cette affection guérir également à la suite d'un traitement par beaucoup d'autres eaux minérales, celles de Plombières, par exemple. Ainsi c'est donc moins par l'action thérapeutique propre à leurs principes minéralisateurs que par la stimulation générale de toutes les fonctions de l'économie qu'agissent, dans ce cas, les médications thermales. Si la spécialité d'action des eaux minérales réduit à provoquer le développement de l'activité vitale,

ne serait-il pas possible de l'obtenir artificiellement? La difficulté des déplacements qu'exige l'administration des eaux minérales naturelles, la difficulté plus grande encore de pouvoir les conserver et les transporter, en leur conservant leurs vertus primitives, a depuis longtemps suggéré à d'habiles chimistes l'idée de les imiter par des dissolutions artificielles. Si ces imitations imparfaites, attendu l'ignorance où la science est encore de tous les principes minéralisateurs qui entrent dans la composition des eaux naturelles, ont rendu des services à la pratique, ne saurait-on attendre les mêmes services d'une combinaison chimique ayant pour objet de provoquer spécialement ce développement de l'activité vitale commune à la plupart des médications thermales. Tel est le problème beaucoup moins complexe que s'est posé un honorable pharmacien, M. Pennes. M. le docteur Lecointe, dans sa note publiée dans notre numéro du 15 février (p. 118), prouve, par l'étude de l'action physiologique de ces bains minéraux artificiels, que M. Pennes a atteint son but, et qu'à l'aide de son mélange, il sera possible aux praticiens qui ne veulent faire profiter leurs malades seulement de cette excitation générale, désignée communément sous le nom de fièvre thermale, sans les condamner à un déplacement. En voici un exemple :

Jules Bersche, âgé de trente-neuf ans, contre-maître dans une fabrique de machines, quoique d'une assez grande débilité constitutionnelle, n'a jamais fait de maladie grave. Les accidents les plus sérieux que sa santé ait subis dans ces dernières années, c'est un sentiment de sécheresse de la gorge, suivie d'enrouement à la moindre variation de température. En 1851, ces accidents furent assez intenses pour éveiller son inquiétude et le faire consulter. Le traitement qu'on lui formula consistait dans l'emploi de bains de pied et l'usage, en boisson et en gargarisme, de béchiques et légers astringents. Ces moyens furent sans effet sur le retour des exacerbations ; aussi, quelques mois après, s'adressa-t-il à un autre médecin. Celui-ci, reconnaissant la nature spéciale de sa maladie, prescrivit l'usage, à l'intérieur, de l'iodure de potassium et, de plus, eut recours immédiatement à la cautérisation du pharynx. La solution de nitrate d'argent était sans doute trop concentrée, ou ce moyen était mis en œuvre trop tôt ; toujours est-il que le malade accuse cette pratique d'avoir aggravé son mal ; et, dégoûté par ces deux essais infructueux, il cessa tout traitement. Son séjour dans l'atmosphère élevée de son atelier amena, pendant l'hiver, de la dyspnée ; et ses fonctions de contre-maître le forçant à parler malgré son enrouement et son oppression, il se vit menacé d'abandonner sa place.

Une personne qui lui portait de l'intérêt le fit admettre au nombre des malades de notre dispensaire. Le 27 mai 1852, lorsque je vis le malade, je constatai une angine granuleuse des plus intenses. Toute la muqueuse de l'arrière-bouche est épaissie et rouge ; sur le voile du palais et dans la région du pharynx, elle est parsemée de nombreuses granulations. La luette est tuméfiée, allongée ; elle repose sur la base de la langue. La voix est rude et un peu rauque. L'examen de la poitrine ne me fit découvrir aucun signe de tuberculisation. Les opinions professées par M. Chomel m'engagèrent à interroger avec soin le malade à l'égard des manifestations dartreuses, et je constatai un très-léger eczéma au pourtour de l'anus

Je formulai un traitement général par les amers et les dépuratifs; puis, tenant compte de la relation pathogénique signalée par l'affection dartreuse, j'y fis entrer l'emploi des bains sulfureux artificiels. Mais ce qu'il importait le plus, c'était de ranimer la confiance du malade en le soulageant immédiatement, et j'en possédai le moyen dans l'attouchement de l'arrière-bouche avec une éponge imprégnée de glycérine. Le souvenir de la douleur provoquée par sa cautérisation était tellement vive encore, que ce fut avec peine que j'obtins d'agir topiquement. La disparition du sentiment de sécheresse et de chatouillement de la gorge, et même l'amélioration instantanée du timbre de la voix qui suivit l'emploi de la glycérine, triomphèrent de sa résistance. Je n'en profitai pas pour revenir aux cautérisations, qui s'adressent seulement à l'inflammation de la muqueuse ; cette irritation est un phénomène secondaire, de même que la vascularisation des capillaires. Je me bornai à formuler un glycérolé iodo-ioduré, que le malade devait ajouter à ses gargarismes. La nature hypertrophique de la lésion des glandules se trouve beaucoup mieux de l'action résolutive des préparations iodées, et la glycérine est bien préférable à l'alcool comme véhicule du puissant modificateur. Les deux agents viennent concourir alors à un même but.

Environ cinq semaines après le début de ce traitement, alors qu'une amélioration des plus évidentes s'était manifestée, le malade fut appelé à Luchon, son pays natal, pour des affaires de famille. Je l'engageai à continuer son traitement et, aussitôt ses affaires terminées, à profiter de l'occasion pour remplacer les bains sulfureux artificiels que je lui faisais prendre par des bains d'eau naturelle, ce qu'il fit. Mais le médecin de l'établissement, qu'il consulta, l'engagea à cesser son glycérolé d'iode et à se borner à l'usage exclusif des eaux minérales employées en boisson, bains et gargarismes. Après un

séjour d'un mois, Bersche revint à Paris reprendre ses travaux. Les bons effets de ce traitement thermal furent des moins contestables, et pendant cinq mois le malade se crut guéri pour toujours et reprit l'usage du tabac. Est-ce ce retour à son ancienne habitude de fumer, ou l'influence du séjour dans un atelier dont l'atmosphère était chaude et viciée, et peut-être même quelques excès de boissons alcooliques? toujours est-il que, à dater du début de l'hiver, les anciens symptômes reparurent, s'aggravèrent peu à peu et, le 15 mai 1853, Bersche revenait au dispensaire réclamer de nouveau mes soins.

Les lésions du pharynx n'étaient pas aussi étendues que l'année précédente, l'hypertrophie des glandules moins considérable, et la sécrétion du mucus moins abondante. L'expuition de ces mucosités épaisses avait lieu seulement le matin au réveil, mais elle nécessitait encore de violents efforts. Les symptômes se réduisaient à une sensation de sécheresse et de chatouillement de la gorge, pendant la journée, puis un peu d'enrouement le soir. Deux fois déjà, au début du printemps, il avait subi des exacerbations sous l'influence de la variation de température, alors qu'il quittait l'atmosphère chaude de son atelier. Le malade réclama surtout les attouchements avec la glycérine. Je lui rendis aussi son glycérolé d'iode, pour en additionner ses gargarismes. La disparution de son eczéma me porta à expérimenter les bains minéraux artificiels que M. Pennes, depuis la dernière épidémie de choléra, avait mis généreusement à la disposition des médecins des dispensaires. Les effets de ce traitement furent rapides. Dès la troisième semaine, tout sentiment de sécheresse du gosier avait cédé; la voix avait recouvré son timbre normal, et le malade me faisait remarquer en outre que ses forces musculaires avaient acquis une énergie inaccoutumée. Un tel amendement des symptômes en faisait supposer un non moins évident des lésions de la muqueuse buccale. En effet, l'hypertrophie glandulaire avait disparu du voile du palais et de l'isthme du gosier; on apercevait encore quelques légères saillies dans la partie supérieure du pharynx, mais plus aucune des varicosités des capillaires qui entouraient leur base. Je cessai dès ce moment l'usage des bains Pennes, qu'il avait pris régulièrement chaque jour, et lui fis continuer la tisane de saponaire et ses applications de glycérine, uniquement pour le maintenir dans ses habitudes de réserve à l'égard de l'usage du tabac à fumer, dont il avait fait le sacrifice.

Depuis trois années, j'ai revu plusieurs fois Bersche, et sa guérison se maintient. Pour lui, la disparition de sa maladie est due exclusivement à l'action de la glycérine et aux bains Pennes; aussi,

pendant longtemps avait-il chez lui un petit flacon de cette substance, afin de pouvoir y recourir immédiatement, si un retour avait lieu. Quant aux bains Pennes, il n'a pas cessé d'en faire usage, et, toutes les fois qu'il va prendre un bain, il porte sa dose minérale avec lui, et prétend que c'est à cette pratique hygiénique qu'il doit le maintien de sa cure. Pour nous, qui prenons l'observation pour guide plutôt que les impressions personnelles, et quoique nous ayons observé, dans notre pratique particulière, deux faits analogues, nous nous montrerons plus réservé. Nous proscrirons même leur essai chez les malades présentant une grande excitabilité nerveuse ou qui seraient affectés de lésions des voies respiratoires.

Nous serons plus explicite à l'égard de la glycérine. Ses bons effets suivent d'une manière si immédiate son application topique, qu'ici il n'est pas possible de constater l'action thérapeutique de cette substance. Celle-ci porte d'abord sur les sensations incommodes de sécheresse, de chatouillement et d'ardeur à la gorge et au larynx, puis sur les sécrétions colloïdes; enfin sur le timbre de la voix, qui devient moins rauque et ne tarde pas à avoir sa sonorité normale. Lorsque les granulations sont peu volumineuses, la glycérine seule suffit; dans le cas contraire, nous y ajoutons un second modificateur local, l'iode, dont les effets topiques n'ont plus besoin de témoignage.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Allaitement (*Possibilité de rétablir l'*) *chez un enfant sevré prématurément.* Nous avons, à plusieurs reprises, signalé à nos lecteurs des faits qui prouvent la possibilité de rétablir chez quelques femmes la sécrétion laiteuse après un sevrage plus ou moins prolongé, et de les rendre, par conséquent, aptes à reprendre l'allaitement, même après que cette fonction a été complétement suspendue. Mais il n'est pas moins utile de savoir que les enfants peuvent aussi, plus ou moins longtemps après avoir été prématurément sevrés, reprendre le sein d'une nourrice. Voici quelques exemples rapportés récemment à la Société médico-pratique de Paris, qui ne seront pas sans intérêt sous ce rapport M. A. Mayer a cité le cas d'un enfant sevré à sept mois, chez lequel une diarrhée incoercible avait amené un dépérissement général très-inquiétant. Pendant trois mois, les médications les plus rationnelles échouèrent. A bout de ressources, M. Mayer conseilla de recourir à l'allaitement par une nourrice. Bien que cette proposition n'eût rencontré qu'incrédulité de la part des personnes les plus intéressées à sa réalisation, on en fit l'essai. L'enfant reçut d'abord dans sa bouche quelques gouttes de lait; bientôt il fit lui-même quelques efforts de succion, et au bout de peu de jours il téta complétement. Une amélioration notable s'ensuivit, et l'allaitement ne tarda pas à amener un complet rétablissement.

Un autre enfant, sevré également à sept mois, fut pris six mois plus tard, c'est-à-dire à l'âge de treize mois, d'accidents de dentition qui le jetèrent dans un état de dépérissement semblable à celui de l'enfant dont il vient d'être question Le même moyen fut proposé en désespoir de cause. Un médecin appelé en consultation ne

crut pas à la possibilité de rétablir l'allaitement après un sevrage datant de six mois. On essaya cependant et, contre les prévisions ordinaires, l'enfant prit le sein parfaitement bien.

Enfin, M. le docteur Perrin a rapporté à cette occasion le cas d'une de ses malades qui, après avoir suspendu l'allaitement pendant près de quatre mois, à cause d'un abcès glanduleux du sein droit et de gerçures extrêmement douloureuses du mamelon des deux côtés, put remettre son enfant au sein. Au bout de quelques jours la succion s'opérait régulièrement, et l'allaitement put être repris.

Bien que les faits de ce genre ne soient peut-être pas très-rares, et qu'on en pût recueillir très-probablement de plus nombreux exemples dans les annales de l'art ou dans les souvenirs des praticiens, il ne nous paraît pas moins utile de les signaler à l'attention, parce qu'ils engageront à recourir plus souvent qu'on ne le fait peut-être, et surtout avec plus de confiance, dans des cas analogues, à un allaitement tardif qui peut devenir alors une ressource extrêmement précieuse. (*Union médicale*, mai.)

Brûlures (*Emploi d'un liniment de chloroforme dans les*). Ce n'est peut-être pas chose absolument nouvelle que l'emploi du chloroforme en applications sur les parties brûlées : l'éther, et même l'éther chlorhydrique chloré, ont été aussi employés avec succès dans ces circonstances : il n'en est pas moins bon de rappeler les bons effets que les médecins peuvent se promettre de ces applications des anesthésiques au traitement de la brûlure. Le fait rapporté par M. Bargiacchi paraît du reste assez concluant : il s'agit d'un homme de vingt-deux ans, d'une forte et robuste constitution, qui était tombé dans une chaudière d'eau bouillante et dont les membres inférieurs avaient éprouvé de violentes brûlures. Depuis ce moment, douleurs atroces dans les jambes, pouls extrêmement petit, soif ardente, soubresauts dans les tendons, menaces de syncope. Sous l'influence d'une potion excitante et d'applications externes d'huile de foie de morue, le malade se trouva mieux ; deux saignées lui furent encore pratiquées avec avantage; mais les douleurs persistaient intenses dans les jambes. M. Bargiacchi prescrivit un liniment au laudanum et à l'huile de foie de morue; pas de soulagement. Remplaçant alors le laudanum par le chloroforme, il obtint un soulagement immédiat, que l'on put maintenir avec les mêmes moyens jusqu'à guérison complète. (*Gaz. med. Sarda*, avril.)

Glycérine (*Des propriétés thérapeutiques et de l'administration à l'intérieur de la*). Les propriétés calmantes, adoucissantes, peut-être même antiseptiques de la glycérine employée à l'intérieur, sont trop connues aujourd'hui pour qu'on ait besoin d'y revenir ; mais ce qui est certainement moins connu, ce sont les avantages que l'on pourrait retirer de l'administration à l'intérieur de ce médicament, au même titre que l'huile de foie de morue et dans les mêmes circonstances, mais seulement comme moyen de la remplacer momentanément dans les conditions où son emploi est si difficile à supporter ou à continuer. M. Lander-Lindsay a réuni, dans ces derniers temps, les faits qui lui ont été communiqués sous ce rapport, et ces faits, sans être bien probants, ne paraissent guère permettre de douter que la glycérine possède, au même titre que les huiles animales, une action très-marquée sur l'assimilation et la nutrition. Phthisie pulmonaire, bronchites chroniques, carreau et scrofule dans les diverses manifestations, tels sont les faits dans lesquels la glycérine a été administrée à la dose de 12 à 30 grammes en trois fois. Mais l'un des faits les plus intéressants est bien celui de ce soldat, qui, atteint depuis treize ans des phénomènes principaux de la scrofule, avait suivi des traitements très-variés, en particulier par les mercuriaux et par l'huile de foie de morue, ce dernier très-incomplet, lorsque ayant entendu parler de la glycérine au mois de décembre dernier, il en fit usage à la dose de trois petites cuillerées par jour, en l'unissant tous les deux jours à quelques grammes de rhubarbe et de carbonate de soude. En moins d'une semaine les plaies et les trajets fistuleux semblent marcher déjà vers la cicatrisation ; une autre semaine après, la cicatrisation semblait encore plus prochaine, et en un mois la guérison était parfaite ; la santé générale, bien loin de souffrir de l'emploi de ce médicament, semblait même s'être raffermie. Tels sont les quelques faits, peu nombreux à la vérité, et pour la plupart médiocrement probants, rapportés par M. Lander-Lindsay ; ils ne permettent pas sans doute de considérer la glycérine comme un succé-

dané de l'huile de foie de morue, mais ils permettent cependant d'espérer que, dans le cas où l'administration de cette huile est impossible ou au moins très-difficile, la glycérine pourra être employée à sa place et soutenir les forces d'une manière assez satisfaisante. C'est à l'avenir et à l'expérience de juger de ce que peut valoir la glycérine dans les cas de phthisie, de scrofule, etc. (*Edinb. med. Journal*, avril.)

Glycérolé *d'alun et de précipité blanc contre l'érysipèle et quelques affections cutanées.* Les applications topiques de la glycérine soit seule, soit comme excipient, soit à l'état de combinaison avec diverses autres substances médicamenteuses, s'étendent et se multiplient tous les jours. Parmi ces nombreuses combinaisons que les besoins journaliers de la pratique suscitent à l'esprit des praticiens, nous citerons la suivante, préconisée par un honorable médecin belge, M. le docteur Anciaux. L'union de la glycérine avec l'alun et le précipité blanc lui a paru, dans un bon nombre de cas, pouvoir rendre d'utiles services dans le traitement de l'érysipèle et de quelques autres affections cutanées. On sait déjà combien la glycérine seule est utile et bienfaisante dans ces affections; il a paru à M. Anciaux que son union à l'alun et au précipité blanc aidait puissamment sa vertu médicatrice. Voici comment il prescrit cette préparation :

Alun réduit en poudre impalpable.	30 grammes.
Précipité blanc. . .	1 gramme.

Triturez ensemble ces deux substances jusqu'à mélange parfait, introduisez dans un flacon et ajoutez :

Glycérine. . .	90 à 100 grammes.

Agitez le flacon jusqu'à ce que le mélange prenne la consistance d'un liquide crémeux. On renouvelle cette agitation toutes les fois qu'on se sert du médicament.

A l'aide de cette préparation, M. Anciaux dit avoir guéri cinq cas d'érysipèle en très-peu de temps et avoir rapidement soulagé et même guéri quelques affections cutanées rebelles (eczémas) et des ulcères atoniques. (*Presse méd. belge* et *Moniteur des hôpitaux*, mai.)

Grossesse (*Vomissements incoercibles dans la*); *accouchement prématuré artificiel; guérison.* Les indications de l'accouchement prématuré artificiel sont maintenant assez nettement posées; et l'on sait qu'elles ne résident pas seulement dans certaines limites déterminées de rétrécissement pelvien, mais aussi dans toute circonstance pathologique qui, dépendante ou non de la grossesse, peut acquérir, sous l'influence de celle-ci, une gravité considérable et menaçante pour la vie de la mère et celle de l'enfant. Les vomissements rebelles, en particulier, s'ils sont encore repoussés par certains accoucheurs, comme indiquant l'avortement provoqué, sont acceptés généralement comme constituant une des indications de l'accouchement artificiel avant le terme normal de la grossesse. Cependant, la pratique de cette opération; dans de semblables circonstances, n'est pas encore tellement répandue, que nous puissions regarder comme inutile d'en rechercher des exemples et de les faire connaître à nos lecteurs. C'est ainsi que tout dernièrement, dans notre numéro du 15 avril, nous en avons rapporté un, suivi d'un double succès, dans un cas d'apoplexie pulmonaire. Voici aujourd'hui un autre fait où l'accouchement prématuré artificiel fut pratiqué par le docteur W. Harris, pour des vomissements incoercibles; et s'il est moins favorable que celui qui vient d'être rappelé, puisque la mère seule a été sauvée, il nous paraît capable aussi, néanmoins, d'encourager les praticiens à entrer dans la même voie.

Au mois de juillet 1855, Mme ***, âgée de trente-quatre ans, enceinte de son quatrième enfant, fit une chute dans laquelle le ventre porta violemment contre le sol. A partir de ce moment, sa santé, auparavant très-bonne, s'altéra beaucoup. Pendant les trois mois qui suivirent, elle souffrit cruellement d'une névralgie de la matrice et fut obligée de rester au lit. Puis survint du dégoût pour toute espèce d'aliments, et enfin des vomissements qu'aucun des moyens employés dans ces sortes de cas ne parvint à arrêter ; ces vomissements se prolongeant et la malade dépérissant de plus en plus, le docteur Harris pensa qu'il était nécessaire, pour conserver sa vie, de provoquer l'accouchement avant le terme de la grossesse, et il en fit la proposition à la famille. A la suite d'une consultation, de nouveaux moyens furent tentés, et comme ils restaient également sans succès, l'accouchement prématuré artificiel fut résolu. On était alors au septième mois de la gestation.

« Le 23 octobre 1855, dit le docteur Harris, nous pratiquâmes le toucher, le docteur Caston et moi. Dans cet examen, je sentis une main, un pied et la tête de l'enfant, ce qui me fit croire à l'existence de jumeaux; mais l'événement démontra qu'il n'en était rien.

A huit heures du soir, au moyen de pressions faites avec l'index sur les parois du col, je commençai à en opérer la dilatation. Au bout de deux heures, elle était d'environ deux pouces. Alors, à l'aide d'un catéther en argent, je perçai les membranes et j'évacuai une grande quantité de liquide. Il en résulta un soulagement immédiat, et la malade put prendre un peu d'une boisson fortifiante qu'elle garda très-bien. Je parvins, dans le cours du travail, à faire rentrer la main et ensuite le pied dans la cavité utérine; la tête alors s'engagea convenablement. Les douleurs marchèrent très-bien, tout le travail se fit avec régularité, et, à deux heures du matin environ, se termina par la naissance d'un enfant qui ne vécut que trois heures.

A partir du moment où les membranes furent percées et les eaux évacuées, la malade n'avait plus éprouvé ni nausées ni vomissements. Remise au lit après la délivrance, elle prit quelques aliments, qu'elle garda et digéra très-bien. Dans la soirée, il reparut quelques douleurs névralgiques dans la matrice, et il en fut de même les jours suivants; mais elles allaient toujours en diminuant et finirent par disparaître, sous l'influence d'une potion camphrée et opiacée. Tout se passa d'ailleurs très-bien; en sorte qu'au bout de trois semaines, Mme *** commença à se lever, et qu'un mois et demi après l'accouchement il lui fut possible de faire un assez long voyage, sans aucun inconvénient. (*Philadelphia Med examiner*, et *Edinb. Med journ.*, octobre 1856.)

Hernie étranglée *réduite sous l'influence du café.* Voici un moyen de réduction des hernies qui serait bien précieux si des expériences plus multipliées sanctionnaient les résultats que nous allons exposer, d'autant plus qu'il est à la disposition de tout le monde, partout sous la main, et qu'il ne rencontrerait probablement que très peu de résistance de la part des malades. Laissons parler M. le docteur Triger, l'auteur de cette relation.

Un homme de trente-huit ans, de petite stature, d'un tempérament éminemment nerveux, portait depuis treize ans deux hernies inguinales qu'il maintenait par un bandage double. Après des fatigues excessives et à la suite d'un accès de colère, sa hernie du côté droit sort; mais au lieu de descendre dans les bourses, comme à l'ordinaire, elle paraît s'être produite directement par une éraillure au-devant du ligament de Gimbernat; elle forme une tumeur globuleuse, rénitente, de la grosseur d'un œuf de poule. On essaye vainement le taxis. La glace n'a pas plus de résultat. Le malade est en proie à de violentes coliques On ne peut toucher à sa tumeur sans lui causer des douleurs aigues. Une potion avec la belladone est prescrite, mais sans succès.

Sur ces entrefaites, un médecin octogénaire, le docteur Durand, de Batignolles, informé par hasard de l'état de ce malade, affirma connaître un remède souverain qu'il avait vu employer à la Havane et qu'il avait lui-même mis plusieurs fois en pratique avec succès. Invité à examiner le malade et à lui appliquer son moyen de traitement, voici quelle fut la prescription :

Prendre de quart d'heure en quart d'heure une tasse d'infusion de café noir chaud et à peine sucré ;

Poudre de café torréfié, 250 grammes pour douze tasses d'eau bouillante;

Les quatre dernières tasses pouvant être prises à une demi-heure d'intervalle au lieu d'un quart d'heure.

La prescription fut suivie exactement; à la cinquième tasse, il y eut quelques gargouillements, et à la neuvième tasse la hernie rentra. (*Gaz. des hôpitaux*, mai.)

Morphine (*Efficacité des petites doses de, dans le traitement de la coqueluche, de la bronchite chronique et de la phthisie.* La toux, quelle qu'en soit la cause, à quelque lésion des voies respiratoires qu'elle se rapporte, est toujours un des symptômes les plus fatigants et un de ceux, par conséquent, que le praticien s'efforce le plus de combattre. La thérapeutique possède dans les sels de morphine un des calmants les plus sûrs de la toux; mais l'administration de cet agent demande une grande circonspection, surtout chez les jeunes sujets auxquels on n'en peut prescrire que de très-faibles doses. C'est là l'idée, sans doute, qui a engagé M. le docteur Edward Smith à essayer de combattre la

toux par de très-petites doses de morphine fréquemment répétées. Les doses qu'il emploie sont d'un 64e à un 24e de grain pour les jeunes enfants, et d'un 20e à un 12e de grain pour les adultes, administrés de trois à six fois en vingt-quatre heures. Voici sa manière de procéder dans les cas de coqueluche, de bronchite chronique et spasmodique et de phthisie, et les résultats qu'il en obtient.

Coqueluche. Pour un enfant de quatre mois, on commence par un 64e de quatre en quatre heures pour les trois ou quatre premières doses, et, s'il ne survient pas d'assoupissement, elle est portée à un 48e, et continuée par trois ou quatre fois, et ainsi en augmentant, si l'on ne s'aperçoit pas du plus petit symptôme d'assoupissement. En deux jours, les spasmes sont sensiblement moindres, et, du troisième au dixième jour, la toux est réduite à une toux ordinaire.

Dans la *bronchite chronique et spasmodique*, le traitement est, pour un adulte, d'un 16e de grain, trois à six fois par jour; et, dans beaucoup de cas, cette dose suffit pour apporter un soulagement rapide; dans quelques cas, la dose a été portée à un 12e de grain.

Dans la *phthisie*, M. Edward Smith adopte la préparation suivante: quassia, teinture de sesquichlorure de fer, et morphine, à la dose d'un 16e de grain, trois fois par jour. (*Edinburgh medic. Journ.* et *Gazette médicale*, mai 1857.)

Paralysie faciale. *Traitement par la strychnine.* M. le Dr Thibeaud, professeur à l'École de médecine de Nantes, vient de publier plusieurs exemples de guérison de paralysie faciale par la strychnine; nous en reproduisons quelques-uns d'autant plus volontiers qu'à leur intérêt propre s'ajoutera, nous l'espérons du moins, l'intérêt des quelques considérations pratiques dont nous les faisons suivre.

1re Obs. Le premier sujet dont M. Thibeaud rapporte l'histoire est une demoiselle C..., âgée de quarante-cinq ans, marchande d'épiceries, et obligée, par la nature de ses occupations, de se tenir pendant tout le jour au comptoir d'un magasin non clos et exposé à de forts courants d'air. Elle fut vivement frappée un jour de l'irrégularité qu'elle remarqua sur les traits de son visage. Les paupières du côté droit ne pouvaient se rapprocher, l'œil restait constamment ouvert, la commissure de la lèvre droite était abaissée, le froncement du sourcil et du front ne pouvait avoir lieu de ce côté, et, pendant la mastication, les aliments séjournaient entre la joue et les arcades dentaires du côté droit. En un mot, tous les signes de la paralysie faciale existaient.

Une saignée du bras fut pratiquée, la malade étant d'un tempérament sanguin et non menstruée depuis plusieurs mois. Le lendemain, on fit dissoudre 5 centigr. de sulfate de strychnine dans 100 grammes de sirop de sucre, selon la formule de M. Trousseau. Le premier jour, un centigramme du médicament fut administré, et pendant les quinze jours qui suivirent, on augmenta graduellement les doses, jusqu'à atteindre 8 centigr. en vingt-quatre heures.

Les deux semaines suivantes, on appliqua, en outre, à la tempe droite et derrière l'extrémité supérieure de la branche montante de l'os maxillaire inférieur, de petits vésicatoires ammoniacaux, que l'on pansa avec 1 et 2 centigr. du sel de strychnine.

Il ne se passa rien de particulier pendant les quinze premiers jours du traitement; mais, le dix-septième, de vives secousses se firent sentir dans les muscles de la face du côté paralysé, et surtout dans les extrémités inférieures. En même temps, quelques-uns des muscles du côté malade commencèrent à se contracter volontairement. Toutefois, ce ne fut que vers la fin de la quatrième semaine que le mouvement revint entièrement au front, au muscle sourcilier, à l'orbiculaire des paupières et à la commissure des lèvres. Le muscle buccinateur était devenu moins inerte dès le quinzième jour du traitement. La guérison était à peu près complète la sixième semaine. Il ne restait qu'un peu de faiblesse de l'orbiculaire, de sorte que les paupières supérieure et inférieure ne pouvaient se rapprocher complétement. Dix à douze jours après, tout signe de maladie avait disparu.

2me Obs. Une deuxième observation est relative à une jeune fille de treize ans, d'une constitution délicate, non encore menstruée, et qui, après avoir été exposée à un fort courant d'air, avait été prise d'une paralysie faciale du côté gauche. Le releveur de la lèvre ne se contractant plus, la commissure de ce côté était abaissée. Du reste, tous les signes qui caractérisent la paralysie du facial existaient chez elle. Le 11 mai, c'est-à-dire six

jours après le début des accidents, on prescrivit le sirop de strychnine, préparé suivant la formule ci-dessous. Chaque cuillerée à café de 4 gramm. contenait 2 milligramm. de sulfate de strychnine. Le premier jour on administre une cuillerée à café, puis on augmente graduellement les doses. Le 18, on en donne six cuillerées : quelques contractions dans le muscle sourcilier et le releveur des lèvres. Le 22, 2 centigr. de strychnine : le soir, violentes secousses convulsives dans les jambes, avec faiblesse de la jambe gauche, chute, serrement des mâchoires, délire pendant la nuit. On cesse l'administration de la strychnine ; potion éthérée ; cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures. Le 23, la malade peut froncer le sourcil, la commissure gauche des lèvres commence à obéir à l'action du muscle élévateur, les contractions de l'orbiculaire des paupières sont rétablies. Le 24, le côté gauche de la face a repris en grande partie son aspect normal. Le 31 mai, la guérison est parfaite.

Nous ne voulons contester ici ni l'indication et l'opportunité du traitement institué dans ces deux cas par M. Thibeaud, ni ses heureux résultats; mais nous croyons devoir, à cette occasion, rappeler quelques faits qu'il nous paraît important, à l'avenir, de ne pas perdre de vue, toutes les fois qu'il s'agira d'arrêter un traitement ou d'apprécier les effets d'une médication dans les paralysies faciales. Nous ne voulons parler, bien entendu, que des paralysies faciales de nature rhumatismale, c'est-à-dire dues à l'action du froid ou d'un courant d'air, ce qui est précisément le cas des deux faits de M. Thibeaud. Or, personne n'ignore que certaines paralysies rhumatismales de la septième paire, graves en apparence, guérissent facilement et rapidement, quelle que soit la médication employée, tandis que d'autres paralysies, absolument identiques par leurs signes extérieurs, opposent une grande résistance aux moyens de traitement les plus énergiques. Dès lors comment reconnaître d'avance auquel de ces deux degrés si différents de la maladie on a affaire, comment prévoir la résistance qu'elle devra opposer à la médication, et alors même que la guérison a été obtenue, à quel signe (si ce n'est la guérison elle-même) reconnaîtra-t-on si l'on a eu à combattre une de ces paralysies rebelles ou bien l'une de celles qui guérissent d'elles-mêmes, ou sous l'influence de quelque médication que ce soit? Ce signe, la science le possède maintenant, grâce aux belles recherches électro-physiologiques de M. le docteur Duchenne (de Boulogne) : il consiste dans la persistance ou l'absence de la contractilité électrique. Cette épreuve préalable est donc indispensable désormais, nous ne disons pas pour le praticien, qui n'a pas toujours sous la main les appareils appropriés à ce genre d'expérience, mais pour l'expérimentateur qui veut s'assurer de l'efficacité d'un moyen de traitement nouveau ou encore peu connu, ou enrichir la thérapeutique de ressources nouvelles. Un autre point, qu'il n'importe pas moins de connaître, c'est qu'il est des paralysies faciales, et ce sont précisément les plus prononcées, celles dans lesquelles la contractilité électro-musculaire est plus ou moins profondément atteinte, où l'on voit succéder à la paralysie la contracture musculaire, que l'on a souvent beaucoup de peine ensuite à faire disparaître. Or, si l'on reconnaissait cette circonstance, ne s'exposerait-on pas, en donnant de la strychnine sans avoir fait les explorations dont il s'agit, à provoquer ces contractures consécutives, dont les conséquences ne sont pas moins redoutables pour les malades que la paralysie elle-même? L'absence d'exploration électrique dans les deux faits que nous venons de rapporter, sans leur faire perdre assurément tout leur intérêt, en diminue quelque peu la valeur sous les divers points de vue qui viennent de nous occuper. (*Journ. de la Soc. méd. de la Loire-Infér.*, nº 168.)

Trachéotomie (*A quelle époque doit-on retirer la canule après la*)? Telle est la question que l'on est naturellement conduit à se poser et dont il est à la fois très-important et très-difficile d'apporter la solution. On s'exposerait à être souvent contredit par les faits, si l'on voulait poser sur ce point des règles absolues. Nous croyons cependant utile de reproduire les documents que nous donne sur ce point un jeune médecin, M. André, qui a publié le résultat des opérations de trachéotomie pratiquées pendant l'année 1856. Sur dix-sept sujets, chez lesquels on a noté l'époque de l'ablation de la canule, il en est un chez lequel la canule a été retirée au quatrième jour, cinq chez lesquels on l'a retirée au sixième jour, deux au septième

jour, trois au huitième jour, un au onzième jour, deux au douzième jour, un au treizième jour, un au quatorzième jour, un après le quatorzième jour. On voit que les plus nombreuses ablations se sont faites le sixième jour ; celles qui furent faites plus tard avaient été tentées précédemment d'une manière infructueuse. On doit donc, en général, dit M. André, au bout de quatre ou cinq jours, tenter l'enlèvement de la canule, sauf à la remettre si la respiration devient plus difficile. De semblables essais doivent être fréquemment répétés à partir de cette époque ; mais la plus grande vigilance est indispensable. Le plus souvent les enfants respirent alors par l'ouverture trachéale et par la glotte, qui commence à se désobstruer. Dans les cas de cette espèce, la cicatrisation marche en général assez vite, et, après huit ou dix jours, la canule devient inutile. Mais il n'en est pas toujours ainsi : la désobstruction du larynx peut s'opérer lentement, et alors la cicatrisation de la plaie du cou devient une cause de dyspnée. Il n'est pas rare de voir des malades qui gardent la canule quinze jours, trois semaines et plus. — Nous n'ajouterons qu'un mot, c'est qu'au lieu de tenter l'enlèvement de la canule au bout de quatre ou cinq jours, il est infiniment préférable d'essayer de boucher la canule, soit avec un mouchoir plié en plusieurs doubles, soit avec un fausset, pendant une demi-heure, une heure et plus, et à répéter cet essai plusieurs jours de suite, de manière à éviter au malade l'inconvénient de l'enlèvement de la canule et de son replacement à la suite. (*Thèses de Paris.*)

Variole (*Epidémie de*) *arrêtée dans sa marche par des vaccinations et des revaccinations générales.* Beaucoup de questions ont été soulevées à propos de la vaccine depuis un certain nombre d'années, questions relatives à la dégénération du virus vaccin, à la durée de la vertu préservatrice de l'inoculation vaccinale, à la nécessité des revaccinations, au degré d'utilité de la vaccine. A ce dernier point de vue, elle a été récemment l'objet d'attaques dont elle est sortie triomphante, attaques qui émanaient d'esprits convaincus, sans doute, mais certainement téméraires ; et la découverte de Jenner est restée ce qu'elle est en réalité, un des plus grands bienfaits qui puissent exciter la reconnaissance de l'humanité envers la science. Quant aux autres questions, elles ne paraissent pas pouvoir être résolues aussi favorablement. Il est très-possible, probable même, que le virus vaccin a dégénéré dans une certaine mesure, et il paraît bien démontré que la vaccine n'étend pas sûrement son influence préservatrice au delà d'une certaine période généralement fixée à huit ou dix ans, et même au-dessous, en temps d'épidémie. Aussi, d'une part, cherche-t-on à renouveler le vaccin au moyen du cow-pox, le plus souvent possible ; et, d'autre part, la pratique des revaccinations, déjà adoptée dans certains pays tels que la Prusse et le Wurtemberg, a-t-elle une tendance marquée à se répandre et à se généraliser.

M. le docteur H. Gintrac, professeur adjoint de clinique interne à l'école de Bordeaux, a eu occasion d'observer, en 1854, une épidémie de variole qui sévissait avec une grande intensité, dans une localité de la Gironde, sur une population de 2,600 habitants, et il a pu s'assurer, dans cette circonstance, de l'utilité des vaccinations et revaccinations générales, comme moyens d'arrêter les progrès de la maladie. Il a consigné, dans un mémoire auquel l'Académie de médecine a décerné une médaille d'or, et qu'il a reproduit en extrait dans le Journal médical de Bordeaux, les résultats de ses observations. Parmi ces résultats, il en est de fort intéressants, entre lesquels nous citerons surtout des récidives de variole chez des vieillards de soixante-deux et soixante-sept ans, des exemples remarquables de fièvre variolique sans exanthème, la modification de la variole en varioloïde chez les sujets vaccinés, et l'absence de toute terminaison funeste chez les malades de cette dernière catégorie, la mort n'ayant frappé que des individus non vaccinés. Mais ce qu'il y a de plus intéressant dans le mémoire de M. Gintrac, c'est ce qui a rapport au traitement de la maladie considérée en masse. En présence d'une épidémie qui, en six à sept semaines environ, avait déjà atteint 260 personnes sur une population de 2,600, c'est-à-dire un dixième, qui avait déjà fait des victimes, et qui menaçait de prendre des proportions plus considérables encore, à quel moyen fallait-il recourir pour conjurer le fléau ? On résolut de vacciner et revacciner toute la population ; on y procéda sans désemparer, et en moins de dix jours on arriva au chiffre de cent quatre-vingts vaccinations et

sept cent douze revaccinations. L'épidémie fut arrêtée sur-le-champ.

Il n'est pas sans intérêt de noter les résultats de ces opérations. Des 180 individus vaccinés pour la première fois, 171 présentèrent des pustules vraies, préservatrices ; l'effet resta nul chez les 9 autres — Sur les 712 revaccinations, le succès fut complet 502 fois, c'est-à-dire qu'il se développa une éruption vaccinale légitime ; dans les autres cas, la vaccine fut modifiée ou nulle. Les 892 vaccinés ou revaccinés ont été presque tous exempts de la maladie. 5 seulement ont fait exception, et chez eux la variole s'étant développée dans les premiers jours qui suivirent l'insertion vaccinale, il est plus que probable qu'ils étaient déjà, lors de cette opération, sous l'influence de l'épidémie et en incubation variolique. Mais la variole a été modifiée, et même chez un d'entre ces sujets, enfant de douze ans, vacciné pour la première fois, une éruption confluente, accompagnée de symptômes généraux d'une certaine gravité, qui avait commencé trois jours après la vaccination, s'arrêta au moment où elle allait franchir la période de suppuration, pendant que les pustules vaccinales se développaient au bras avec une grande régularité. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, mai 1857.)

VARIÉTÉS.

L'OPHTHALMOSCOPE.

Encore une précieuse découverte qui arrache à la nature quelques-uns des secours qu'elle nous dérobait jusqu'ici, découverte moins ingénieuse peut-être dans son principe que l'auscultation et la percussion, mais non moins utile, puisqu'elle permet à l'homme de l'art d'explorer l'état des diverses parties du fond de l'œil, de la même manière que son oreille interroge les organes de la respiration et de la circulation, à l'aide des inestimables découvertes de Laennec et d'Avenbrugger. Cette nouvelle découverte, c'est l'*ophthalmoscope.*

L'idée première, l'idée fondamentale qui a présidé à la découverte de l'ophthalmoscope est tout entière dans l'étude du miroitage de l'œil. Longtemps considéré chez certains animaux, chez lesquels le reflet du fond de l'œil est si intense qu'il peut être vu avec beaucoup de facilité, comme le résultat du développement spontané de la lumière au fond de l'œil au moment où ils se mettent en colère, ce miroitage n'a trouvé son explication qu'en 1810, époque à laquelle Prevost démontra le premier que le miroitage des yeux dépend de la réflexion de la lumière venue du dehors, l'éclat lumineux du fond de l'œil ne s'observant jamais dans une obscurité parfaite. Toutefois, chez l'homme, ce phénomène n'avait été observé que dans des maladies rares, principalement dans les cas de tumeurs du fond de l'œil. Beer, Cumming et Brucke avaient cependant montré comment il fallait se placer pour observer le miroitage des yeux; Beer avait dit qu'il fallait que l'observateur regardât les yeux du malade presque parallèlement aux rayons lumineux qui vont tomber dans l'œil. En donnant, chacun de son côté, le même conseil, Cumming et Brucke avaient ajouté que l'expérience devait avoir lieu dans une chambre obscure; le chirurgien, tenant d'une main une bougie, devait se placer devant le malade à une distance de 8 à 10 pieds, la flamme de la bougie devait être portée presque au niveau de l'œil à explorer; de l'autre main, l'observateur tenait devant les yeux un écran dont le bord supérieur était porté au niveau de la flamme, dans le but d'empêcher la lumière de le frapper directement; c'était au-dessus du bord de cet écran qu'il devait plonger son regard dans les pupilles de l'œil qu'il se proposait d'explorer. Si maintenant le malade, les paupières largement ouvertes, regardait devant lui très-loin dans l'obscurité, ou s'il imprimait à ses yeux quelques mouvements, on voyait les pupilles briller

d'un éclat rouge, tandis que l'iris revêtait par contraste une nuance verdâtre. Cet éclat disparaissait tout à coup sitôt que le malade portait son regard sur la flamme de la bougie.

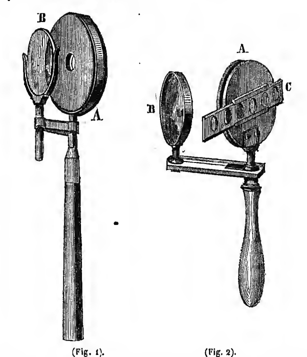
D'une pareille expérience purement physiologique à la conquête d'une véritable méthode de diagnostic destinée à apporter à l'ophthalmologie un contingent de découvertes aussi grand peut-être que celui que d'autres précieuses méthodes de diagnostic ont introduit dans différentes branches de la pathologie humaine; de cette expérience à la découverte d'un instrument propre à faciliter, ou, pour mieux dire, à rendre possibles ces mêmes découvertes, il y avait loin; et cependant il faut bien reconnaître que Babbage était assez près du but lorsqu'il se servait d'un miroir auquel il avait enlevé une petite portion de l'amalgame, et au moyen duquel il pouvait envoyer la lumière dans l'œil, en même temps qu'il pouvait regarder à travers la partie transparente du verre. Mais Babbage n'eut pas l'idée d'ajouter une lentille à son miroir et, par conséquent, il ne put reconnaître et étudier les parties de la rétine. C'est donc à Helmholtz, professeur de physiologie à Kœnigsberg, qu'appartient la découverte de l'ophthalmoscope et de ce qu'on peut appeler l'ophthalmoscopie; mais Helmholtz y a été conduit également par la physiologie, par la démonstration de la couleur noire présentée par la pupille.

C'est dans les propriétés réfringentes de l'œil, dit Helmholtz, que l'on doit rechercher la raison de la couleur noire de la pupille. Supposons que l'œil à explorer regarde un point lumineux situé à une courte distance, les rayons projetés dans l'œil par ce point lumineux viennent se rencontrer au niveau d'un point de la rétine; réfléchis à leur tour par cette membrane, ils sortiront en dehors de l'organe; mais comme ils doivent passer par les mêmes lieux qu'ils avaient traversés en entrant, ils y subiront la même réfraction, et conséquemment ils iront se rencontrer au niveau du point lumineux, leur point de départ, pour y former l'image rétinienne. Il se déduit de cette démonstration que nous ne pouvons voir la rétine d'un individu que dans le cas où celui-ci regarderait attentivement notre propre œil qui, dans cette occasion, serait le point lumineux. Or, il est clair que la lumière que notre œil peut projeter est trop insuffisante pour éclairer le fond de l'organe à explorer; par conséquent, en voulant regarder dans le fond de cet œil, nous ne faisons qu'intercepter, par l'interposition de notre tête, le jour qui devait l'éclairer : lancé de cette façon dans l'ombre, il paraîtra naturellement noir. Si l'œil, au lieu de regarder le fond lumineux, fixe un objet très-éloigné, les rayons lumineux qui en sortent ne vont pas, comme dans le cas précédent, se rencontrer au niveau du point lumineux, mais beaucoup plus loin, et l'observateur, placé devant l'œil de l'individu, avant la rencontre de ces rayons, peut apercevoir une partie des rayons qui en sortent. Ceci explique la couleur rougeâtre de la pupille qu'on observe en quelques circonstances, et encore la facilité avec laquelle on peut voir le miroitage de l'œil, dans le cas d'absence complète de l'iris, cas dans lequel la faculté accommodative de l'œil manque complètement. Alors, en effet, les rayons lumineux, réfléchis par le fond de l'œil, en sortent parallèlement ou à peu peu près, et dès lors l'observateur peut aisément percevoir une partie de ces rayons.

Dès ce moment l'ophthalmoscope était découvert, et avec lui la méthode de lire en quelque sorte dans le fond de l'œil los phénomènes qui s'y accomplissent. Nous avons vu par ce qui précède que, chez un individu quelconque, les rayons lumineux réfléchis par le fond de l'œil vont se réunir au niveau du point lumineux qui les avait projetés dans l'œil. Eh bien! si, au moyen d'un

mécanisme quelconque, on peut envoyer dans l'œil à observer une lumière suffisante pour éclairer la rétine et le placer en même temps de manière à recevoir les rayons qu'elle reflète, on pourra examiner le fond de l'œil dans tous ses états. C'est ce que Helmholtz réalisa, d'une manière assez imparfaite à la vérité, au moyen d'un instrument auquel il donna le nom d'ophthalmoscope et que nous avons figuré dans ce journal. (Tom. XLIII, p. 88.)

La découverte d'Helmholtz a subi de nombreuses modifications, et nous connaissons aujourd'hui un grand nombre d'ophthalmoscopes, ceux de MM. Coccius, Jaeger, Zehender, Donders et Epkens, Meyerstein, Ulrich, Hasner, Follin et Nachet, Graeffe, Desmarres. Bien que tous ces instruments ne diffèrent que par des particularités d'une médiocre importance et remplissent, à peu de chose près, de la même manière le but que les inventeurs se sont proposé, il n'est pas douteux cependant que pour les personnes qui ne sont pas habituées à l'usage de l'ophthalmoscope, tous ces instruments ne sont pas également commodes. Nous avons donc cru utile de faire connaître ceux qui se recommandent le mieux à l'attention des médecins, soit par la simplicité de leur construction, soit par la facilité de leur maniement.



(Fig. 1). (Fig. 2).

Notre première gravure représente l'ophthalmoscope de Jaeger. C'est un miroir ou réflecteur A percé, à son centre, d'un trou auquel doit s'appliquer l'œil de l'observateur. En face de ce trou est placée une lentille concave ou convexe B, enchâssée dans un porte-lentille à rainure qui permet de la retirer et de l'échanger contre une autre adaptée à la vue du chirurgien. Le miroir, devant ren-

voyer le plus de lumière dans l'œil du malade, doit être toujours placé à la même distance de la surface à éclairer ; c'est une loi de physique, et l'œil de l'observateur doit donc voir de cette distance. Or, il y a des chirurgiens myopes, d'autres presbytes : il faut donc pouvoir accommoder la vue de chacun à ce *foyer fixe* ; de là la nécessité d'étendre ou raccourcir, par un verre convexe ou concave, la portée de la vue du chirurgien. Aussi on a une série de lentilles B, que l'on glisse dans les rainures du porte-lentille. M. Desmarres a supprimé cette partie de l'instrument; c'est un tort peut-être, surtout pour les commençants, pour lesquels la puissance de l'appareil ne saurait jamais être trop grande.

Le second modèle est l'ophthalmoscope de Coccius, modifié par de Graefe; dans cet instrument il existe une pièce de plus, une lentille collective B, destinée à concentrer la lumière de la lampe sur la surface polie du miroir, de façon à la projeter plus intense dans la cavité oculaire à examiner; toutes les lentilles sont enchâssées dans une plaque en métal C, qui, glissant entre deux rainures, permet à l'observateur de placer devant le trou central du miroir celle qui lui est nécessaire.



(Fig. 3.)

La troisième gravure représente l'observateur en action et examinant son malade avec l'ophthalmoscope Desmarres. Le chirurgien, afin de mieux distinguer l'altération des parties profondes, tient devant l'ouverture pupillaire un verre biconvexe, de façon à grossir les altérations du tissu. Le foyer de la lampe est placé au niveau de l'œil, en face de l'oreille du malade à examiner.

Est-il un choix à faire dans ces trois modèles; comment doit-on se servir de l'ophthalmoscope, selon qu'on a à procéder à l'examen des parties superficielles ou des organes profondément situés dans l'intérieur de l'œil? Tels sont les points que nous aurions à traiter. Un article de M. Sichel, que nous recevons au moment où nous traçons ces lignes, nous permet de glisser sur ce sujet et de laisser au savant collaborateur le soin de trancher ces questions. Nous nous bornerons à poursuivre notre coup d'œil général et, grâce aux documents nom-

breux contenus dans l'excellente dissertation de M. le docteur de la Callo, à dire un mot des services rendus par l'ophthalmoscope.

Avant cette belle découverte d'Helmholtz, les chirurgiens ne pouvaient reconnaître d'une manière exacte que les maladies siégeant sur les parties extérieures de l'œil, ou placées de manière à pouvoir être vues convenablement; tout au plus était-il possible aux hommes très-expérimentés de diagnostiquer certaines cataractes commençantes, et encore fallait-il que l'opacité eût atteint un assez notable développement; car de simples stries déliées, celles surtout qui se trouvent à la circonférence de la lentille, échappaient nécessairement, même aux plus habiles. Quant à reconnaître sur le malade les différents états pathologiques des organes plus profondément placés comme le corps vitré, la rétine, la choroïde, c'était chose bien plus difficile encore et même impossible pour le plus grand nombre de ces maladies, si bien que celles-ci n'étaient pas même indiquées dans les cadres nosologiques.

Qui donc aurait pu rattacher à leur véritable lésion anatomique les *mouches volantes*, symptôme qu'on rencontre à chaque pas dans la pratique et qui peut être dû à une cataracte commençante, à des corps flottants dans l'humeur vitrée, à de petits foyers apoplectiques sous-rétiniens, à une affection de la rétine, à une maladie de la choroïde, à une altération de la papille du nerf optique? Pour résoudre ce problème, il aurait fallu établir un diagnostic différentiel entre un grand nombre de maladies qui n'étaient pas connues. Ainsi donc, le meilleur chirurgien, le plus habile dans l'art du diagnostic, était forcé. dans les cas de ce genre, d'accepter l'un des deux termes de ce dilemme : ou bien faire une erreur de diagnostic, et cette erreur pouvait avoir des conséquences funestes en conduisant à un traitement irrationnel pour le moins inutile; ou bien deviner juste, et l'on conçoit sans peine quelle pauvre médecine serait celle qui se baserait sur les indications d'une faculté qui n'a pas été donnée en partage à l'intelligence humaine.

On comprend parfaitement les erreurs qui ont été commises à une époque à laquelle il n'était pas possible d'examiner sur le vivant l'état anatomique des parties de l'œil profondément situées et alors que les états pathologiques de ces parties n'étaient pas connus. A l'aide de l'ophthalmoscope, il a été possible de combler cette lacune, et de la découverte de Helmholtz date pour l'oculistique une ère nouvelle, comparable à celle qu'ont inaugurée dans la médecine générale les grandes découvertes de Laennec et d'Avenbrugger. Disons plus : avant ces grands hommes, on pouvait diagnostiquer des pneumonies, des pleurésies, des tubercules pulmonaires : la science possédait, en effet, des signes d'une grande valeur diagnostique, les crachats rouillés, le point de côté, les crachats nummulaires; rapprochés de ceux que fournissaient le début et la marche de la maladie, ces signes pouvaient guider le praticien dans le plus grand nombre des cas; mais il n'en était pas ainsi avant Helmholtz, pour les lésions des organes profondément placés dans l'œil; on ne connaissait pas un seul symptôme comparable à ceux que nous venons d'indiquer, on ne connaissait même pas, répétons-le, une grande partie des états pathologiques très-différents dont ces parties pouvaient être atteintes.

C'est à l'ophthalmoscope que nous sommes redevables de la distinction des amauroses oculaires d'avec les amauroses extra-oculaires ou cérébrales. Dans ces dernières, l'examen ophthalmoscopique ne fait rien apercevoir d'anormal; mais ce résultat négatif est extrêmement utile, car il permet au médecin d'éloigner de son esprit toute possibilité d'affections oculaires, pour ne songer qu'aux

altérations dont le cerveau peut être le siége. Il est donc aujourd'hui impossible, à quiconque a l'habitude de l'ophthalmoscope, de confondre une affection rétinienne, une cataracte commençante ou des corps flottants dans l'humeur vitrée avec une affection cérébrale. Une pareille confusion, qui conduit fatalement à un traitement irrationnel, ne sera commise désormais que par ceux qui, dédaignant l'étude de l'œil éclairé par l'instrument nouveau, éteignent en quelque sorte la lumière pour mieux voir.

L'ophthalmoscope a permis, et avec grand avantage, de rayer du cadre nosologique ces mots *amblyopie* et *amaurose*, qui désignent seulement des symptômes, appartenant à une foule de maladies, aux affections cérébrales, accompagnées d'une compression des tubercules quadrijumeaux ou des bandelettes optiques, à l'atrophie de la papille du nerf optique, qui peut être l'effet de cette compression ou tenir à une autre cause, à l'hypérémie, à l'œdème de cet organe, à l'état jumenteux du corps vitré, à certaines affections de la rétine et de la choroïde, etc. Et parmi les lésions oculaires qui produisent l'amblyopie ou l'amaurose, il en est une pour laquelle l'ophthalmoscope est d'un prix inestimable, puisqu'il est impossible de la reconnaître à l'œil nu et qu'il n'existe pas un seul symptôme physiologique capable de la faire reconnaître, c'est l'hypérémie de la papille du nerf optique et de la rétine, maladie légère au début et susceptible d'être attaquée avec succès par un traitement approprié, mais qui, abandonnée à elle-même, peut produire des désordres tels, au niveau de l'organe affecté, que la perte de la vue en sera la conséquence.

Les affections du corps vitré, si l'on en retranche les synchisis et l'apoplexie, ont été découvertes par l'ophthalmoscope, et elles sont aujourd'hui d'un diagnostic facile, tandis qu'elles n'étaient même pas soupçonnées il y a quelques années. Qui donc connaissait les corps flottants, l'état jumenteux, les cysticerques, etc.?

Sans doute, dans tous les renseignements que peut fournir l'ophthalmoscope, il en est un certain nombre qui ne sont pas d'une utilité pratique immédiate; tous ne conduisent pas, par exemple, à des applications thérapeutiques aussi utiles que celles qui concernent l'hypérémie papillaire. Mais ce serait se montrer bien exigeant envers cet instrument que vouloir mesurer son mérite à son utilité dans tous les cas particuliers. Tel renseignement, aujourd'hui sans application directe, sera utilisé demain avec avantage pour le médecin et le malade. L'ophthalmoscope a reculé les limites de notre observation, en faisant entrer dans le domaine de nos sens le fond de l'œil qui échappait, dans le plus grand nombre des cas, à nos moyens d'investigation; il a par ce seul fait assuré le diagnostic d'un grand nombre de maladies qui passaient souvent inaperçues, et conduit à la découverte d'affections entièrement inconnues; qui sait même si les perfectionnements successifs qu'on lui fera subir ou si son emploi plus largement fait ne nous ménagent pas des découvertes plus importantes encore? Malheureusement, il est un obstacle qui retardera peut-être longtemps encore la généralisation de ce moyen de diagnostic, c'est la nécessité d'une étude de son application et de son emploi. Mais n'en est-il pas de même de nos meilleurs moyens d'investigation? La percussion, l'auscultation ne réclament-elles pas aussi de longues années d'études, et qui songe aujourd'hui à leur faire un démérite des difficultés qu'il faut vaincre pour les posséder? Quoi qu'il arrive et quoi qu'on puisse dire, l'ophthalmoscope restera dans la pratique comme une précieuse ressource et comme une des grandes découvertes du dix-neuvième siècle.

L'Association de prévoyance des médecins du département du Rhône vient de prendre la résolution de poursuivre l'exercice illégal de la médecine. Dans la séance générale, tenue le 28 mai dernier, l'Association a procédé à la nomination de la Commission de poursuites et à la signature de la pétition à l'Empereur, deux mesures par lesquelles cette répression va être tentée. La Commission, composée de cinq membres, est prête dès ce moment à se mettre à l'œuvre sur le premier appel fait au parquet par le président de l'Association. Quant à la pétition, revêtue en un instant de la signature des nombreux membres présents, elle sera sous peu de temps adressée au chef de l'Etat. Une circulaire annoncera en même temps cet envoi à toutes les associations médicales de la France, en les invitant à imiter l'exemple de l'Association du Rhône.

L'Académie des sciences et lettres de Montpellier a mis au concours, pour l'année 1857, la question : « Etude médico-chirurgicale des déviations utérines, » et met au concours pour le prix qui sera décerné en 1858, la question suivante : « Existe-t-il des aliments qui méritent le nom de médicaments respiratoires ? » — En cas d'affirmative, déterminer leur nature et poursuivre leurs transformations depuis le moment de leur introduction dans les voies digestives jusqu'aux dernières combinaisons qui ont lieu dans l'acte respiratoire. » La valeur de ces prix est de 400 francs. Les mémoires devront être adressés, suivant les formes académiques, avant le 1er août de chacune de ces années, à M. le secrétaire général, rue de l'Ancien-Courrier, 15, à Montpellier.

La Société de médecine de Toulouse rappelle qu'elle a proposé, pour sujet de prix à décerner en 1858, la question suivante : « Analyser l'arnica montana ; faire connaître les propriétés pharmaceutiques dont les diverses parties de cette plante sont la base ; établir quelles sont son action physiologique et ses propriétés thérapeutiques. » — Elle propose pour sujet de prix à décerner en 1859 la question suivante : « Des paralysiess sans lésion organique appréciable. » — Chacun de ces prix est de la valeur de 300 francs. Les mémoires, revêtus des formes académiques ; devront êtreenvoyés franco au secrétaire général, avant le 1er janvier de l'année fixée pour le concours.

Les médecins du département de la Seine-Inférieure viennent de constituer une association de prévoyance et de secours mutuels. Voici la composition du bureau : Président, M. Vingtrinier ; vice-présidents, MM. Faubert et Dalménesche ; secrétaire général, M. Bouteiller fils ; trésorier, M. Mélage.

Le corps médical a fait en ces derniers temps des pertes regrettables. M. Guéneau de Mussy, membre de l'Académie de médecine, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu ; M. Clément, ancien médecin de la Pitié ; M. Morderet, professeur d'accouchement, à l'Ecole du Mans, sont morts tous trois à un âge avancé, et après avoir parcouru une carrière médicale des plus honorables. Enfin un jeune confrère, M. Salle, de Châlons-sur-Marne, vient de succomber aux suites d'une angine diphtéritique contractée en donnant des soins à un enfant atteint du croup.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi thérapeutique de l'acide gallique,

Par M. le docteur W. Bayes, médecin du Dispensaire de Brighton.

Sans vouloir donner à l'acide gallique une place hors ligne parmi les astringents ou médicaments analogues, personne ne se refusera à admettre avec nous que ce médicament n'est peut-être pas suffisamment connu et apprécié en France. C'est ce qui nous engage à donner ici un extrait de l'important travail publié il y a quelques mois dans les journaux anglais, par M. Bayes.

On pourrait en quelque sorte, dit M. Bayes, déduire de la connaissance des effets produits par l'acide gallique sur les tissus contractiles et sur les diverses parties constituantes, tant solides que liquides, du corps humain, les avantages que l'on peut retirer de l'administration de ce médicament, toutes les fois qu'il existe un relâchement des premiers, une trop grande fluidité ou dilution des seconds. L'expérience a pleinement répondu à ces prévisions. Aussi l'acide gallique mérite d'être employé avec confiance : 1° dans les hémorrhagies actives de quelque organe, de quelque partie du corps qu'elles procèdent; 2° dans les hémorrhagies passives, la diathèse hémorrhagique, le purpura, etc.; 3° dans les sécrétions excessives, pyrosis, diarrhée séreuse, bronchite chronique, flux bronchique, sueurs nocturnes, quelques formes de dyssenterie et peut-être le diabète; 4° dans les états atoniques du canal alimentaire et du corps en général, en particulier dans le rachitisme et dans les cas où il existe un état de faiblesse et de congestion des capillaires; 5° comme auxiliaire d'autres moyens, dans le cas d'hémorrhoïdes, de plaies.

§ 1. L'administration de l'acide gallique, dans le cas d'hémorrhagie active, ne s'oppose nullement à l'emploi de déplétions sanguines, pour peu que l'état pléthorique du malade semble le réclamer. Dans ma propre pratique, je n'ai jamais eu recours qu'à l'acide gallique et à l'application locale du froid, et je n'ai jamais été déçu dans mon attente; mais il peut se trouver des cas dans lesquels il soit nécessaire de soulager immédiatement l'engorgement du système vasculaire, et alors l'acide gallique sera l'auxiliaire le plus utile des moyens qu'on mettra en usage.

Dans les cas d'hémorrhagie active, l'indication dominante est d'introduire le remède dans l'organisme, de telle manière qu'il pénètre le plus rapidement possible dans la circulation. Le temps a ici

une grande importance, puisque la vie s'écoule, en quelque sorte, à moins qu'on n'arrête l'hémorrhagie. C'est dans ces cas qu'il convient d'administrer, toutes les quatre ou cinq minutes, une grande cuillerée d'une solution saturée d'acide (0,25 environ), tandis que le doigt placé sur la radiale suit les variations de la circulation qui s'éteint. On voit alors le sang couler moins rapidement ou s'arrêter entièrement, sa coloration devenir de plus en plus foncée et souvent presque noire. Lorsqu'il en est ainsi, la saturation par l'acide est complète; on peut l'administrer à de plus longs intervalles et en cesser l'emploi après quelques jours.

Ce mode d'administration est applicable aux hémorrhagies de tous les organes, sauf à celles de l'œsophage et de l'estomac, et cette exception tient seulement à ce qu'administré ainsi, il pourrait être vomi et n'entrerait pas par conséquent dans la circulation. Il faut alors l'administrer en grande quantité par la voie rectale. On pourrait cependant encore faire avaler au malade des pilules récemment préparées avec l'acide gallique, dans l'espoir d'agir topiquement sur les vaisseaux sanguins, de coaguler le sang déjà versé et de calmer les vomissements.

Dans les hémorrhagies utérines, il est aussi assez souvent utile de combiner à l'administration de l'acide gallique à l'intérieur des injections avec une solution de cet acide ou de tanin; en agissant par ces deux voies en même temps, l'amélioration et la guérison marchent plus vite. Mais je n'hésite pas à affirmer que l'acide gallique ne trompera pas plus dans ce premier groupe de cas que dans celui qui va suivre, les espérances que le médecin placera en ses propriétés curatives.

§ 2. Dans le traitement des hémorrhagies passives, il suffit de doses bien moins considérables d'acide; on peut aller sans crainte jusqu'au point où l'on obtiendra un résultat utile. Ce point coïncide en général avec *un sentiment de constriction vers le front et au-dessus des yeux* ou avec *un bourdonnement dans les oreilles ou dans la tête*. Quand on en est là, c'est que l'hémorrhagie sera bientôt arrêtée; et en continuant le médicament à plus petites doses et à de plus longs intervalles pendant quelques jours après la curation totale de l'écoulement, on évitera une rechute. Du reste, dans les hémorrhagies passives et chroniques, il vaut mieux donner le médicament sous forme de pilules, parce que la solution se décompose lorsqu'on la garde longtemps.

§ 3. Le troisième groupe de cas réclame un peu plus de discernement relativement au choix des conditions auxquelles cette méthode

de traitement est applicable. Il est certain que, tandis que dans certains cas la sécrétion excessive est par elle-même une action morbide, c'est dans d'autros un effort de la nature pour chasser quelque poison ou matièro peccante circulant dans le sang, et, comme tel, un effort curatif. Nous avons un exemple d'une sécrétion du premier genre dans le pyrosis, et du second dans les sueurs des rhumatismes, dans la diarrhée qui précède l'érysipèle et dans quelques autres désordres qui servent de crise aux fièvres. Même en rejetant ces derniers cas, comme peu convenables pour l'administration de l'acide gallique, il en reste encore un grand nombre dans lesquels les sécrétions excessives résultent de la débilité ou d'un état de relâchement général des organes ou des capillaires des parties qui fournissent la sécrétion. Lorsqu'on tombe sur ces conditions morbides, il n'est certainement aucun remède qui agisse d'une manière plus certaine et plus admirablo que l'acide gallique, qui redonne, pour ainsi dire, le ton et la vigueur, sans la moindre tendance à allumer la fièvre.

§ 4. Depuis que j'ai parcouru le Mémoire de M. Scott Alison (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XL, p. 145), j'ai essayé l'acide gallique sur une assez grande échello, dans le rachitisme et le carreau, et j'ai vu constamment les sécrétions devenir normales sous son influence, perdre leur odeur désagréable et leur aspect morbide, tandis que les muscles reprenaient leur fermeté ancienne ; les enfants de deux ou trois ans, qui étaient dans l'impossibilité de marcher, devenaient en deux ou trois mois vifs, animés, actifs, se tenaient droit et marchaient bien. Dans ces cas, l'acide gallique agit certainement comme tonique et même comme le meilleur tonique, par suite de son astringence, contractant les vaisseaux relâchés, arrêtant les pertes de nutrition, et imprimant en même temps de la fermeté et du ton à tous les tissus musculaires et élastiques. Seulement si j'ai remplacé l'acide tannique par l'acide gallique, c'est, ainsi que je l'ai dit plus haut, parce que l'acide gallique est mieux supporté et passe plus facilement dans la circulation.

Il est encore une autre grande classe de malades, ou plutôt il est une autre classe de personnos pour la constitution particulière desquelles l'acide gallique est un corroctif presque sans prix ; je veux parler de ces personnes que l'on rogarde trop souvent comme pléthoriques, parce qu'elles sont fortos et colorées, tandis que lour pouls est faible, leur système musculaire relâché ; le froid les cyanose aisément, la chaleur les fait transpirer en abondance ; elles sont facilement oppressées et languissantes, incapables d'un exercice un peu violent. Ce ne sont pas des cas de pléthore, mais de congestion passive, et les vais-

seaux sanguins, participant à l'état d'atonie et de relâchement général du corps, se déchirent parfois ; de là des hémoptysies et des apoplexies à la suite d'un exercice modéré ou d'une excitation insolite. C'est chose surprenante que de voir avec quelle rapidité, sous l'influence de l'acide gallique, leur santé générale s'améliore, combien chaque fibre reprend sa force avec rapidité, et combien les fibres relâchées reprennent vite leur tonicité : l'aspect congestionné de la face disparaît et les petits vaisseaux capillaires distendus se suivent dans la coloration normale, tandis que la langue devient plus ferme et le pouls plus plein et plus puissant.

§ 5. Dans la première classe de cas d'hémorrhoïdes, plaies, etc., ce que l'on sait des effets de l'acide tannique à l'extérieur doit faire comprendre ce qu'on peut demander à l'acide gallique. Dans les cas où de petites plaies donnent lieu à des pertes de sang abondantes, comme cela se produit dans la diathèse hémorrhagique, l'administration à l'intérieur de l'acide gallique aide beaucoup à arrêter l'hémorrhagie. Nul doute que l'acide gallique ne réussît aussi bien dans quelques affections de la peau et dans les varices. J'ajouterai en terminant que, dans les cas graves d'hémorrhagie, l'acide gallique doit être donné sans hésitation et continué jusqu'à saturation complète de l'économie.

Dans la diarrhée et la dyssenterie, j'ai toujours vu, après l'emploi d'un demi-laxatif pour expulser tous les matériaux irritants, l'administration de doses modérées d'acide gallique, toutes les deux ou quatre heures, avec une petite cuillerée à café d'huile de ricin chaque matin, faire cesser la maladie et rendre facilement la tonicité à la muqueuse intestinale.

Il est un certain nombre de phthisiques pour lesquels l'acide gallique est un trésor presque inestimable : je veux parler de ceux chez lesquels l'expectoration est souvent teinte de sang, et qui n'éprouvent pas plus tôt un peu d'amélioration dans leur santé générale ou dans leurs forces qu'ils sont pris d'une légère hémoptysie, qui les ramène de nouveau à leur point de départ. J'ai en ce moment sous les yeux plusieurs malades de ce genre, chez lesquels l'amélioration marche d'une manière lente mais certaine, en leur faisant prendre cinq grammes d'acide gallique trois fois par jour, en même temps que l'huile de foie de morue et d'autres remèdes. L'un de ces malades est maintenant depuis un an entre mes mains. Lorsque je le vis pour la première fois, il était presque réduit à l'extrémité par une hémoptysie continelle et une expectoration profuse ; il souffrait tellement de sa dyspnée, qu'il lui était impossible de travailler. Trois

vomiques se sont vidées depuis que je le traite, et cependant il va mieux ; depuis deux mois, il a pu reprendre ses travaux et les continuer pendant l'hiver, monter des échelles ou des escaliers sans grande gêne. En continuant l'huile de foie de morue et l'acide gallique, il va bien ; s'il interrompt l'un, l'hémoptysie reparaît ; s'il cesse l'autre, il devient faible et languissant.

L'acide gallique est encore utile associé à l'huile de foie de morue, en ce qu'il permet à l'estomac de la supporter sans nausées.

Un autre des grands avantages que présente l'administration de l'acide gallique chez les phthisiques, c'est le ton qu'il donne à l'estomac, calmant l'appétit excessif et activant la puissance digestive. L'estomac est souvent considérablement dilaté dans cette maladie, les parois relâchées et frappées d'atonie ; de là les bons effets de ce médicament.

Dans les sueurs nocturnes et la diarrhée, qui caractérisent quelques périodes de la phthisie, l'acide gallique, bien qu'encore très-utile, réclame cependant un certain choix et une certaine réserve. Il faut commencer par de petites doses, qu'on augmente avec prudence ; car on aggraverait sensiblement la toux, si l'on supprimait trop brusquement les sécrétions. Mais si les doses sont augmentées peu à peu, non-seulement on modère la diarrhée et les sueurs, mais la respiration devient plus facile, l'expectoration moins pénible et les digestions meilleures. Tous ces effets favorables me paraissent s'expliquer facilement par la simple action de l'acide gallique, sa solubilité et sa pénétration dans le sang. Il contracte les capillaires et les glandules du canal alimentaire, resserre les parois et diminue leur calibre général, donne la même puissance de contraction aux tissus élastiques et musculaire du poumon, facilite l'expulsion des mucosités ou du pus, et produit enfin la même action sur la peau, dont il suspend l'exsudation, sueur d'épuisement.

Dans la bronchite chronique, mêmes précautions quand il s'agit de suspendre l'expectoration ; mais aucun remède ne peut être plus facilement ménagé, aussi il est plus convenable pour arrêter d'une manière permanente les sécrétions morbides et pour rendre du ton aux tuyaux bronchiques et à leur membrane interne. La dose d'acide est de 5 à 10 grains, trois fois par jour. (J'ajouterai que, pour calmer la toux dans la phthisie et la bronchite, je me suis toujours bien trouvé de toucher matin et soir les amygdales et la luette avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent, de 5 à 10 grains par once.)

Le diabète me semble encore une maladie dans laquelle l'acide

gallique pourrait avoir quelque avantage. Je n'ai pas eu souvent l'occasion de l'employer, mais un fait que j'ai observé me porte à croire que son usage suffisamment continué pourrait peut-être arrêter la maladie dans quelques cas. C'était un homme de cinquante-cinq ans, ouvrier, jadis fort et bien constitué, mais d'une maigreur très-prononcée et d'une grande faiblesse, par suite d'une déperdition énorme d'urines, qui étaient chargées de glucose. Sous l'influence de l'acide gallique, à la dose de 15 grains, près d'un gros par jour, la quantité d'urine tomba de douze à dix pintes, et le séjour à la campagne, pendant quatre mois, acheva de faire tomber la quantité d'urine à six pintes. En même temps, le pouls avait repris sa force et les symptômes avaient disparu du côté de la tête, de sorte que l'on se demandait, en présence d'un pareil résultat obtenu en quelques jours, si l'on ne fût pas arrivé à la guérison complète, en continuant plus longtemps le traitement.

Les plus heureux résultats suivent en particulier l'emploi de l'acide gallique dans le pyrosis, toutes les fois que la maladie n'est pas accompagnée d'ulcérations étendues, ni de maladie organique de l'estomac, ni de maladie du foie. Non-seulement l'acide gallique supprime la sécrétion avec une certitude et une rapidité que l'on ne voit jamais après un autre remède, mais encore il donne du ton à l'estomac, augmente l'appétit, et, ce à quoi on s'attendrait difficilement au premier abord, il fait cesser la constipation. Il faut donc admettre, en pareil cas, que le relâchement atonique de l'estomac qui favorise le pyrosis se continue dans tout le canal alimentaire, et que la constipation résulte de ce manque de puissance dans les parois musculaires de l'intestin. L'acide gallique remédie à ce défaut de tonicité.

Les cas de pyrosis dans lesquels j'ai pu employer l'acide gallique sont peu nombreux encore; cela tient à ce que cette forme de maladie paraît assez rare à Brighton. Sur neuf cent quarante-cinq cas de maladie qui ont passé sous mes yeux au dispensaire en une année, je n'ai pu trouver que huit cas de cette affection, tous sur des femmes. J'ai conservé des notes sur cinq de ces cas : le premier était celui d'une femme non mariée, âgée de vingt-cinq ans, souffrant depuis dix-huit mois de pyrosis et d'une constipation rebelle. Elle avait été soumise sans succès à presque tous les moyens recommandés en pareil cas. Guérison en deux jours. Je ne l'ai pas perdue de vue pendant trois semaines, continuant l'acide gallique et l'huile de ricin de temps en temps. Je l'ai revue plusieurs mois après : pas de rechute. Dans un second cas, chez une femme de quarante-neuf ans, le pyrosis céda à la seconde dose du médicament. Le traitement

fut interrompu après huit jours. Légère atteinte le lendemain ; l'acide gallique en fit de nouveau justice, et, en continuant les pilules pendant trois semaines, la malade se rétablit parfaitement. Dans un troisième et un quatrième cas, succès non moins certain. Dans le cinquième, les symptômes, qui duraient depuis neuf mois chez une femme de trente-cinq ans, avaient beaucoup diminué au quatrième jour, et entièrement cessé au huitième. Je ne l'ai vu échouer que dans un seul cas. Tous ces cas offraient une analogie très-grande sous le rapport du relâchement de la fibre musculaire et de l'aspect pâle et bouffi des membranes muqueuses.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Orthopédie physiologique de la main (¹),

Par M. le docteur Duchenne (de Boulogne).

§ II. *Orthopédie physiologique du pouce.*

Je comprendrai dans cette étude orthopédique les mouvements des deux phalanges du pouce et du premier métacarpien, parce qu'ils sont inséparables, au point de vue physiologique et pathologique.

Les notions que l'on possédait sur les muscles moteurs du pouce étaient tellement incomplètes ou méconnues, avant l'expérimentation électro-musculaire, qu'il m'est permis de dire que le mécanisme des mouvements du pouce était encore plus ignoré que celui des mouvements des doigts. Conséquemment, l'orthopédie physiologique du pouce ne pouvait être formulée.

A. Gantelet des opposants du pouce.

Faits physiologiques et pathologiques fondamentaux. — Trois muscles concourent à l'opposition du pouce; ce sont les muscles dits opposant, court fléchisseur, dans sa portion externe, et court abducteur.

I. L'opposant n'agit que sur le premier métacarpien; il est le moins opposant des trois muscles précédents, alors même qu'il place le premier métacarpien à son maximum d'opposition. On voit alors que l'extrémité du pouce, si celui-ci n'est sollicité par aucun autre muscle, se trouve en dehors de l'index, sa face palmaire regardant en dedans. — J'appelle ce muscle, qui est seulement auxiliaire de l'opposition du pouce, opposant du premier métacarpien.

(¹) Suite. — Voir les livraisons des 15 et 30 mai, p. 400 et 451.

II. Le court fléchisseur du pouce exerce la même action que le muscle précédent sur le premier métacarpien; de plus, il incline latéralement la première phalange, qu'il fait tourner sur son axe longitudinal de manière à opposer la pulpe du pouce à chacun des doigts; enfin il étend la deuxième phalange sur la première (fig. 8).

(Fig. 8).

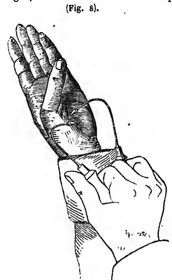


Fig. 8. — Mouvements des phalanges du pouce et du premier métacarpien par la faradisation du faisceau externe du court fléchisseur.

De ces trois mouvements simultanés résulte véritablement l'opposition du pouce, mais le muscle qui les produit n'a pas le pouvoir de mettre, comme dans la figure 9, la pulpe du pouce en rapport avec la pulpe des doigts, quand ceux-ci viennent à s'incliner vers lui. C'est à peine si le pouce atteint alors l'extrémité supérieure de la deuxième phalange. (Voy. la fig. 10.)

La dénomination de ce muscle n'est donc pas justifiée par son action propre. Si l'on veut tirer cette dénomination de sa fonction réelle, il faut l'appeler opposant du pouce aux phalanginiennes.

III. Le muscle court abducteur produit aussi l'opposition du premier métacarpien et l'extension de la deuxième phalange du pouce.

(Fig. 9).

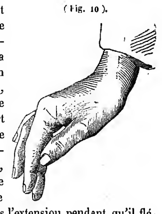


Son action diffère de celle du muscle court fléchisseur, en ce qu'il incline la première phalange plus en avant, et de telle sorte que le pouce ne peut plus être opposé qu'aux deux premiers doigts. (Voy. la fig. 11.)

Mais il en résulte un avantage que lui seul possède : c'est que l'extrémité du pouce peut alors atteindre l'extrémité des doigts dont les deux dernières phalanges étendues sont inclinées vers lui comme dans la figure 9. Ce seul avantage en fait le plus important des muscles de l'éminence thénar. Ce muscle n'est nullement abducteur,

comme l'indique son nom ; on peut l'appeler opposant du pouce aux phalangettes.

(Fig. 10).



IV. En raison du privilége, dont jouit le court abducteur, de mettre en rapport le pouce avec les phalangettes des doigts infléchis sur lui, la paralysie de ce muscle occasionne un grand trouble dans l'usage de la main, bien que le pouce puisse encore être opposé aux quatre doigts par son court fléchisseur; mais alors sa pulpe ne peut atteindre que la deuxième phalange. (Voy. la fig. 10.) Le malade, s'il veut tenir un objet quelconque entre le doigt et le pouce, est forcé de maintenir sa première phalange dans l'extension pendant qu'il fléchit les deux dernières. (Voy. la fig. 12.)

(Fig. 11).

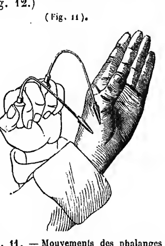


Fig. 11. — Mouvements des phalanges du pouce et du premier métacarpien par la faradisation du court abducteur.

Cette attitude du doigt et du pouce, outre qu'elle est très-fatigante et cause de la maladresse, rend impossibles ou difficiles plusieurs fonctions importantes de la main.

V. Bien que la perte du court fléchisseur du pouce prive les malades du pouvoir d'opposer le pouce aux deux derniers doigts, les malades n'en éprouvent pas cependant une grande gêne, grâce à leur court abducteur qui dessert les deux premiers doigts, les plus utiles dans l'usage de la main.

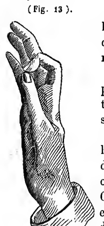
VI. L'attitude du pouce, au repos musculaire, se vicie consécutivement à l'atrophie des muscles de l'éminence thénar.

Le pouce obéissant alors à l'action tonique de son long extenseur, son métacarpien se place sur le plan du second métacarpien, et sa pulpe regarde directement en avant, comme les doigts. (Voy. la fig. 13.)

La main de l'homme perd alors, selon moi, son caractère distinctif, c'est-à-dire que l'attitude du pouce qui indique qu'elle est des-

tinée à servir son intelligence, attitude dans laquelle le pouce, maintenu dans une demi-opposition pendant le repos musculaire, se trouve, par son rapprochement de l'index et du médius, toujours prêt à tenir ou la plume qui traduit sa pensée ou l'instrument avec lequel il exécute les merveilles d'habileté manuelle créées par son imagination.

(Fig. 13).



Cette déformation du pouce de l'homme rappelle l'attitude du pouce qui, chez le singe, est le cachet de la bête, en indiquant qu'il est destiné à ramper à quatre pattes, quand il ne grimpe pas.

En effet, l'attitude du pouce, qui est due à la prédominance de force tonique de son long extenseur, permet au singe de poser sa main à plat sur le sol, sans effort, sans fatigue.

VII. Dans l'usage de la main, la deuxième phalange du pouce doit s'étendre fréquemment pendant l'opposition, de manière, par exemple, à opposer sa pulpe à celle des deux premiers doigts. Cette extension ne pouvait être confiée au long extenseur du pouce, parce qu'il est antagoniste de l'opposition, comme on le verra bientôt.

Voici les dispositions anatomiques à l'aide desquelles ces mouvements sont obtenus par la même force. Les faisceaux musculaires

(Fig. 13).

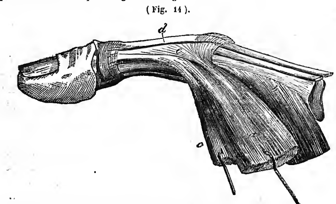


qui se rendent à l'os sésamoïde externe et qui s'attachent à l'extrémité supérieure et latérale de la première phalange (le court abducteur et la portion externe du court fléchisseur) envoient une expansion aponévrotique qui les relie avec le tendon du long extenseur du pouce, au niveau de la première phalange. (Voy. la fig. 14.)

On comprend facilement que ces faisceaux, en se contractant, étendent la deuxième phalange, en même temps qu'ils inclinent latéralement la première phalange et qu'ils placent le premier métacarpien dans l'opposition. La direction différente des deux faisceaux qui aboutissent à l'os sésamoïde externe explique parfaitement pour quoi l'un (le court abducteur), agissant d'arrière en avant, peut opposer la pulpe du pouce à la pulpe

des doigts étendus et inclinés sur les métacarpiens, tandis qu'avec l'autre faisceau musculaire (la portion externe du court fléchisseur), qui agit plutôt de dehors en dedans, le pouce ne peut atteindre que la deuxième phalange des doigts.

(Fig. 14).



Pouce vu du côté externe. — *a.* Muscle court abducteur. — *b.* Muscle opposant. — *c.* Portion externe du court fléchisseur. — *d.* Tendon du long extenseur. — *e.* Expansion aponévrotique du court abducteur allant au tendon du long extenseur.

Etude orthopédique du gantelet des muscles opposants du pouce. — I. De toutes les atrophies dont les muscles de la main puissent être atteints, la plus fréquente me paraît être celle des muscles de l'éminence thénar, que j'ai vus un grand nombre de fois détruits en masse ou partiellement.

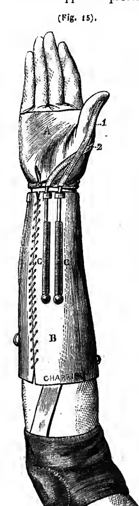
Étant connu maintenant le mécanisme des mouvements simultanés du premier métacarpien et des deux phalanges qui constituent l'opposition du pouce, rien n'est plus facile que d'obtenir artificiellement ces mouvements imitant la nature, quand les muscles qui les produisent viennent à être frappés d'atrophie ou de paralysie.

C'est d'après les données anatomiques exposées ci-dessus que j'ai imaginé l'appareil dont voici la description, pour remédier à l'atrophie des muscles de l'éminence thénar.

II. Que l'on suppose, par exemple, que le court abducteur (le plus utile des muscles du pouce, comme je l'ai démontré) soit atrophié; on coiffe alors la main d'un gant (voy. A, fig. 15), dont le pouce seul est conservé entièrement; ensuite on attache sur la peau, au niveau de la racine de l'ongle du pouce, le tendon artificiel (1, fig. 15) du court abducteur qui remonte dans une coulisse, vers la partie moyenne de l'articulation de la seconde et de la

première phalanges, puis se dirige obliquement de dedans en dehors, vers le côté externe de l'articulation métacarpo-phalangienne, et enfin, traversant obliquement l'éminence thénar, sort de sa coulisse, au niveau de l'attache inférieure du court abducteur. Dans ce point, le tendon artificiel est terminé par un petit anneau que l'on attache à un ressort C fixé sur une manchette B disposée comme dans les appareils précédents.

(Fig. 15).



Le muscle artificiel que je viens de décrire étend la deuxième phalange, incline latéralement en dehors la première phalange sur le premier métacarpien, place celui-ci dans l'opposition, en l'inclinant en avant comme dans la figure 11. Tous ces mouvements sont produits simultanément comme dans la nature.

III. Lorsque l'opposant est atrophié en même temps, le court abducteur artificiel (1, fig. 15) suffit à la rigueur pour mettre le premier métacarpien en opposition; cependant ce mouvement est exécuté avec une certaine difficulté, car la première phalange, en s'inclinant, résiste un peu à l'opposition, qui ne peut être exécutée qu'avec une contraction énergique de ce court abducteur artificiel, et encore ce mouvement ne se fait-il alors qu'avec une sorte de ressaut.

Pour éviter ce ressaut, j'ai ajouté au gantelet du court abducteur un opposant artificiel (2, fig. 15) dont l'extrémité inférieure s'attache à l'extrémité inférieure et externe du premier métacarpien, et qui, passant dans une coulisse, aboutit à la partie moyenne du poignet, où elle se relie à un ressort D fixé à la manchette B, comme pour le court abducteur.

IV. Ne voulant point abuser de l'hospitalité que mon ami M. Debout m'accorde dans les colonnes de son journal, je me suis privé du

plaisir ou plutôt de l'avantage de corroborer mon travail par la relation d'un assez grand nombre de cas dans lesquels les appareils orthopédiques qui font le sujet de ces recherces ont été appliqués avec succès. Cependant le lecteur me permettra, j'espère, de franchir les limites que je me suis imposées, en faveur d'un fait à l'occasion duquel j'ai communiqué, en 1856, à l'Académie de médecine de Paris, une note qui traite de l'orthopédie physiologique de la main, et sur laquelle M. Bouvier vient de lire un savant rapport [1]. Ce fait offre un intérêt à la fois scientifique et pratique.

Observation.—Vers le milieu de novembre 1855, je fus consulté par un sculpteur sur bois, chez lequel l'atrophie musculaire graisseuse avait détruit plusieurs des muscles de l'éminence thénar des deux mains.

La maladie, qui avait débuté deux ans auparavant, étant limitée aux muscles de l'éminence thénar, il m'était permis d'espérer, d'après sa marche et quelques autres symptômes, qu'elle n'étendrait pas ses ravages au delà de cette région. Mais il y avait lieu de craindre que les muscles atrophiés fussent, sinon entièrement, du moins en grande partie graisseux. Leur action volontaire faisait complètement défaut, comme le prouva l'analyse des mouvements. Les muscles qui forment la saillie de l'éminence thénar, du côté droit, avaient disparu. Voici ce qu'on observait, si on lui faisait faire des mouvements. Voulait-il opposer aux doigts le pouce de la main droite, on voyait les deux phalanges de ce pouce se fléchir par la contraction de son long fléchisseur, mais son premier métacarpien restait immobile, ce qui démontrait le défaut d'action de ses muscles opposants, court abducteur et court fléchisseur.

Les troubles fonctionnels qui résultent de cette atrophie de l'éminence thénar étaient tels, que ce malade, qui dirigeait une fabrique de meubles sculptés, se voyait forcé d'abandonner son commerce, car non-seulement il était incapable de continuer ses travaux de sculpture, mais encore il ne pouvait ni dessiner, ni écrire.

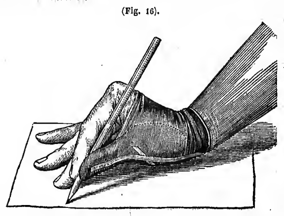
C'est dans ces conditions que j'ai songé à lui faire l'application du gantelet de l'abducteur du pouce, dont j'ai donné la description plus haut (voy. la fig. 15), ce qui rendit au malade la faculté de se servir de sa main presque aussi bien qu'auparavant.

Ainsi, sans le secours de son gantelet, s'il voulait mettre en rapport les pulpes des doigts et du pouce, comme pour tenir une plume, un crayon, pour diriger un compas, ne pouvant incliner son pouce assez en avant, il était forcé de placer ses premières phalanges dans l'extension, et les deux dernières dans la flexion, comme dans la figure 13. Cette attitude était d'autant plus fatigante, que l'extension de la deuxième phalange du pouce ne pouvait se faire alors. Il en résultait qu'il ne pouvait tenir longtemps et solidement les objets qu'il avait placés entre son pouce et ses doigts. De plus, s'il voulait alors étendre les phalanges de ses doigts, en les inclinant sur les métacarpiens, comme lorsqu'on écrit ou dessine, le pouce ne pouvant suivre ce mouvement, la plume ou le crayon lui échappait. Il est bien d'autres usages de la main qui étaient abolis ou gênés

(1) Bulletin de l'Académie Impériale de médecine, séance du 2 juin 1857.

par le fait de la perte de son court abducteur du pouce et de son opposant; il ne pouvait placer son pouce dans les anneaux des ciseaux, ni prendre les objets placés sur une table, s'ils n'étaient pas très-volumineux. Avec le gantelet du court abducteur et de l'opposant, que je lui ai fait porter depuis six mois, tous les usages de sa main sont rétablis; il écrit, il dessine (voy. la fig. 16, qui a été dessinée d'après nature), il se sert de son compas, ramasse même une épingle, ce qui lui était impossible auparavant, avec autant d'habileté que s'il possédait tous ses muscles.

(Fig. 16).



Ce malade étant souvent forcé de se livrer à des travaux manuels qui usent et déchirent si vite ses gants que l'usage en devient difficile, je lui conseillai pour ce genre de travaux l'emploi d'un appareil plus simple. Il consiste en un tube en caoutchouc vulcanisé qui embrasse l'extrémité supérieure du premier métacarpien à la manière d'un anneau, et remonte obliquement vers le bord interne du poignet, autour duquel il s'enroule. Le caoutchouc est tendu plus ou moins, et l'avant-bras est garanti de sa compression par une manchette en cuir. Ce dernier appareil, qui a rendu de grands services à mon malade, a cependant des inconvénients que je dois signaler; 1° il exerce une pression circulaire sur un point trop limité du pouce et gêne en conséquence la circulation; 2° il a trop peu d'action d'extension sur la deuxième phalange; 3° il est insuffisant pour le travail à l'aiguille; 4° le caoutchouc vulcanisé subit trop l'influence des variations de température. — (Le malade dut remplacer le caoutchouc par un ressort métallique.)

Je pourrais rapporter aussi plusieurs observations d'atrophie limitée au court abducteur du pouce, desquelles il ressort que l'usage de la main en était presque aussi gravement compromis que dans le cas précédent, où tous les opposants étaient détruits. — On conçoit que le court abducteur artificiel a dû rétablir l'intégrité des fonctions du pouce.

Quant à l'atrophie du court fléchisseur, il ne cause pas assez de perturbation dans l'usage de la main pour compenser la gêne occasionnée par l'appareil lui-même.

B. Gantelet de l'adducteur du pouce.

Je n'ai pas encore eu l'occasion d'observer la paralysie isolée de l'adducteur du pouce; il est pour ainsi dire l'*ultimum moriens* des muscles de l'éminence thénar atteints par l'atrophie musculaire graisseuse progressive.

Si l'on avait à le remplacer par une force élastique, il faudrait se rappeler les faits physiologiques et anatomiques suivants : 1° Ce muscle, composé des faisceaux qui se terminent dans l'os sésamoïde interne, est conséquemment, pour les mouvements du premier métacarpien et de la première phalange, l'antagoniste de ceux qui se rendent à l'os sésamoïde externe; 2° il leur est, au contraire, congénère pour la deuxième phalange, qu'il étend, en vertu d'une expansion aponévrotique qui le met, comme eux, en connexion avec le tendon du long extenseur.

Ces principes étant connus, rien n'est plus facile que la construction de l'abducteur artificiel, qu'il serait oiseux de décrire.

C. Gantelet des muscles long extenseur, court extenseur, long abducteur et long fléchisseur du pouce.

Faits physiologiques fondamentaux. — Le muscle long extenseur du pouce est le seul des muscles moteurs du pouce, dont l'action propre justifie la dénomination qui lui a été donnée, car il étend à la fois les deux phalanges et le premier métacarpien, qu'il rapproche un peu du second. C'est le seul muscle qui place le premier métacarpien sur le plan du second métacarpien.

Le court extenseur du pouce est le seul abducteur réel du premier métacarpien; son action d'extension sur la première phalange est faible.

Le long fléchisseur du pouce fléchit la seconde et la première phalanges, et surtout la seconde. Il est sans action sur le premier métacarpien.

Quant au long abducteur du pouce, il incline le premier métacarpien en avant; mais il ne produit pas l'abduction.

Étude orthopédique. — I. La paralysie du long extenseur du pouce existe rarement isolément. Je ne l'ai observée qu'une fois (à la main droite), consécutivement à une contusion de la partie postérieure et inférieure de l'avant-bras. L'usage de la main n'en fut pas très-compromis; le sujet écrivait aussi facilement qu'auparavant. Cependant l'opposition constante du pouce, et l'impossibilité de le relever pour une foule d'usages, occasionnait de la maladresse. Un long extenseur artificiel (voy. 3, fig. 2) fit disparaître la gêne

et rendit l'habilité manuelle. C'est, on le voit, un tendon artificiel, 3, qui suit la direction anatomique du long extenseur, et s'attache à un ressort E fixé à la manchette B.

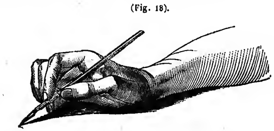
II. La paralysie simultanée du long extenseur et du long abducteur s'observe communément dans la paralysie saturnine. Il en résulte que le premier métacarpien se trouve constamment dans une opposition exagérée, et que le pouce tombe dans la paume de la main. (Voy. la fig. 17.)

(Fig. 17).



On prévoit que l'usage de la main est bien plus gêné par cette attitude vicieuse du pouce que dans le cas précédent. — Le long extenseur artificiel décrit ci-dessus (voy. la fig. 2) suffirait, à la rigueur, pour rétablir la fonction et l'attitude à peu près normale du pouce ; mais l'absence du court fléchisseur (seul producteur réel de l'abduction du premier métacarpien) cause de la difficulté dans certains actes, comme lorsqu'en écrivant, en dessinant, le trait est dirigé d'avant en arrière. On remarque, en effet (voy. la fig. 18), que dans ce mouvement le premier métacarpien se porte dans l'abduction, pendant que les deux phalanges sont fléchies, ou, en d'autres termes, que ce mouvement, opposé à celui qui trace le trait d'arrière en avant, est produit par le court extenseur et le long fléchisseur du pouce.

(Fig. 18).



Les malades se sont bien trouvés, dans ces cas, d'un abducteur artificiel ajouté au long extenseur artificiel. Un ruban de fil fixé à l'extrémité supérieure et postérieure de la première phalange, glissant dans une coulisse qui suit la direction naturelle du court extenseur, s'ouvre au niveau de la face inférieure et externe du radius, et se relie à un ressort fixé à la face postérieure de la manchette. Ce muscle artificiel, dis-je, produit les mouvements propres du court extenseur.

Je n'ai pas encore eu l'occasion d'appliquer le long fléchisseur artificiel du pouce.

§ III. *Orthopédie physiologique des muscles moteurs du poignet.*

N'ayant pas encore eu l'occasion de faire l'application du gantelet des fléchisseurs artificiels de la main, il ne sera question dans ce paragraphe que des extenseurs de cette partie.

Faits physiologiques et pathologiques fondamentaux. — I. Le premier radial est extenseur abducteur de la main ; — le cubital postérieur produit l'extension avec abduction, — et le second radial l'extension directe.

II. Le premier radial est le plus important des muscles extenseurs de la main, parce que seul il exécute le mouvement d'abduction nécessaire à la plupart des usages de la main, parce qu'étant destiné à modérer l'action abductrice du cubital postérieur, il se produit, consécutivement à sa paralysie, une déformation du poignet, analogue à celle qui est représentée dans la figure 4, c'est-à-dire que la main prend l'attitude de l'abduction, avec flexion d'autant plus prononcée que le second radial est, lui-même, affecté.

Etude orthopédique du gantelet des extenseurs du poignet. — I. J'ai dit précédemment qu'il suffit de la paralysie partielle des extenseurs des doigts pour que le poignet se fléchisse avec force, quand le sujet veut ouvrir la main. Si l'on se rappelle le mécanisme physiologique de ce phénomène, on ne commettra pas la faute de l'attribuer à la paralysie des extenseurs de la main. Ai-je besoin de rappeler aussi que les extenseurs artificiels de la main seraient ici impuissants, et qu'il suffit de produire artificiellement l'extension des premières phalanges, pour faire cesser cette paralysie apparente des extenseurs du poignet.

II. Il est une espèce de paralysie qui atteint ordinairement en même temps les extenseurs des doigts et les extenseurs du poignet, c'est la paralysie saturnine.

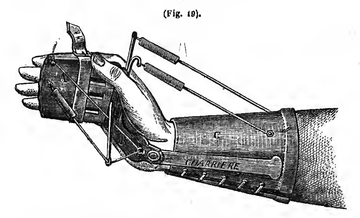
Si tous les extenseurs sont paralysés, on place deux ressorts à la partie postérieure de la manchette, l'un en dedans, l'autre en dehors, et s'agrafant, l'externe au niveau du second métacarpien, et l'interne au niveau du cinquième métacarpien.

Il arrive quelquefois dans cette paralysie que le cubital postérieur est seul atteint avec l'extenseur des doigts. Le gantelet de l'extenseur des doigts (décrit dans le premier paragraphe) rétablit alors, il est vrai, les fonctions de la main, mais l'extension du poignet ne peut

se faire sans abduction. — Bien que cette attitude gêne peu les fonctions, sa continuité occasionne de la fatigue.—Chez une jeune coloriste, atteinte de paralysie saturnine des extenseurs des doigts et du cubital postérieur, l'application du gantelet des extenseurs des doigts avait rétabli l'usage de la main; son travail à l'aiguille était aussi facile qu'avant sa paralysie, mais l'attitude de l'abduction continue finissait par lui donner, dans l'articulation radio-carpienne, un sentiment de fatigue qui disparut quand j'eus ajouté à son appareil un cubital postérieur artificiel (voy. F, fig. 2), qui rétablit l'attitude normale de sa main.

Des trois extenseurs du poignet, le premier radial est le plus fréquemment atteint isolément dans la paralysie saturnine (sur plus d'une centaine de cas, je n'ai pas vu une seule fois le second radial paralysé partiellement). Les troubles fonctionnels qui en résultent sont bien plus grands qu'après la paralysie du cubital postérieur. On y remédie aisément avec un ressort qui s'attache au gant, comme je l'ai dit, au niveau du premier métacarpien.

(Fig. 19).



III. Mais lorsque la paralysie du premier radial est ancienne, l'articulation se déforme, par suite de l'abduction continue du poignet : les ligaments latéraux s'allongent en dehors et se rétractent en dedans au point qu'on ne peut ramener la main dans son attitude normale, surtout si l'action du second radial est également abolie. L'articulation se déforme aussi dans le sens de la flexion, et résiste aux efforts d'extension. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer cette difformité du poignet, coïncidant avec la griffe consécutive à la paralysie des interosseux, et j'en ai représenté un exemple dans la figure 4. Avec l'appareil que j'ai décrit précédem-

ment, et que j'ai appliqué à la guérison de cette déformation des phalanges (voy. la fig. 19), voici comment j'ai obtenu graduellement l'extension abductrice du poignet : de l'extrémité d'une tige fixée à la portion palmaire B de l'appareil partent deux ressorts qui vont s'attacher à la partie supérieure de la face postérieure et externe de la manchette C, de manière à ramener graduellement la main dans l'extension et dans l'abduction.

Les succès que j'ai obtenus dans plusieurs cas analogues me permettent d'espérer qu'avec cet appareil secondé par l'électrisation des muscles paralysés, je guérirai la difformité représentée dans la fig. 4, et qui est consécutive à une luxation scapulo-humérale produite par une traction exercée sur l'aisselle pendant le travail de l'accouchement. L'enfant qui en est atteint est âgé de neuf ans. Sa luxation a été habilement et heureusement réduite depuis trois mois par M. le docteur Chassaignac.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Pilules et teinture de semence de digitale.

Les pharmaciens des petites localités n'ont pas toujours le temps de préparer la digitaline, de constater la pureté de celle qu'ils achètent. Pour être certain d'avoir un produit toujours efficace, M. Brossard, pharmacien à Rouen, propose de récolter la semence de digitale, qui se conserve bien d'une année à l'autre. Un gramme de cette semence, pilée avec quantité suffisante de miel, donne une masse pilulaire qui, divisée en 30 pilules, contient un peu plus d'un milligramme de digitaline. Ce pharmacien prépare en outre une teinture dont voici la formule :

Semence de digitale...........	40 grammes.
Alcool à 33°.................	120 grammes.

Faites macérer pendant huit jours, et terminez par une digestion de deux heures, puis versez dans un appareil à déplacement. Quand toute la teinture est passée dans le récipient, ajoutez au résidu de l'alcool en quantité suffisante pour en chasser les dernières portions de teinture, de façon à obtenir 120 grammes. Cette teinture contient à peu près 1 centigramme de digitaline par gramme, et peut être employée dans les potions et la préparation du sirop de digitale.

M. Bouchardat, en publiant la note de M. Brossard dans son Répertoire de pharmacie, tout en accordant que les semences de digitale sont moins variables pour la proportion de digitaline que les

feuilles, fait remarquer avec juste raison qu'un pharmacien ne peut, dans aucun cas, remplacer la digitaline par une préparation de semences de digitale. Mais rien ne s'oppose à ce que les praticiens, profitant de l'enseignement qui leur est donné, ne substituent dans leurs prescriptions la poudre de semence à celle de la feuille de digitale, puisqu'elle est plus active.

Formules diverses pour la gélatinisation de l'huile de foie de morue.

Nous continuons à faire connaître les formules propres à faciliter l'administration de l'huile de foie de morue, et nous empruntons à un travail de M. Mouchon les trois formules qui suivent :

Gelée de M. Stanislas Martin modifiée.

Pr. Huile de foie de morue............	60 grammes.
Blanc de baleine récent............	10 grammes.
Sirop simple ou tout autre approprié..	25 grammes.
Rhum de la Jamaïque...............	25 grammes;

Pour 120 grammes de gelée.

On bat ensemble à chaud l'huile additionnée de spermacéti, le sirop et le rhum, et l'on coule dans un flacon à large goulot, lorsqu'elle a pris un peu de consistance.

Huile de foie morue gélatinisée avec la gélatine.

Pr. Gélatine pure..................	16 grammes.
Eau commune.....................	125 grammes.
Sirop simple.....................	125 grammes.
Huile de foie de morue............	250 grammes.
Essence pour aromatiser.........	Q. S.

Pour 500 grammes de gelée.

Faites dissoudre la gélatine dans l'eau bouillante, ajoutez successivement le sirop, l'huile et l'aromate; placez dans un bain d'eau froide le vase contenant le tout; battez la gelée pendant cinq minutes au plus, et versez-la ensuite, encore coulante, dans un flacon de verre à large ouverture, muni d'un bouchon de liége et d'une capsule d'étain, ou, à défaut du flacon, dans un pot de porcelaine ou de faïence, que vous boucherez soigneusement.

Huile de foie de morue gélatinisée par le fucus crispus.

Fucus crispus......................	16 grammes.
Eau de fontaine....................	575 grammes.
Sirop simple.......................	125 grammes.
Huile de foie de morue.............	250 grammes.
Aromate agréable..................	Q. S.

Pour 500 grammes de gelée.

Faites bouillir le fucus dans l'eau, pendant vingt minutes, passez le décocté au blanchet, opérez-en la concentration pour la réduire au poids de 125 grammes; additionnez-le du sirop, de l'huile et de la substance aromatique; battez vivement ce mélange, après l'avoir placé dans un bain froid, et coulez-le, encore un peu chaud, dans le vase destiné à le recevoir, soit dans un flacon ou dans un pot de la contenance de 500 grammes. Le sirop peut être remplacé par une même quantité d'élixir de Garus, de crème de menthe, de crème de vanille ou de rhum, etc.

De son côté, M. Sauvan a eu l'idée d'associer l'huile de foie de morue à la partie gélatinisée du lichen.

Lichen et huile de foie de morue.

Pr. Gelée de lichen d'Islande............	125 grammes.
Gélatine...........................	5 grammes.
Huile de foie de morue cyanhydrée (additionnée de 2 gouttes d'essence d'amandes amères).................	125 grammes.

Préparez la gelée de lichen d'après les règles ordinaires; faites-y fondre la gélatine, et passez-la dans le pot qui doit la contenir. Ajoutez alors l'huile de foie de morue; remuez le tout avec une spatule, jusqu'à ce que le mélange soit homogène et que la gelée commence à se prendre.

Dose : deux ou trois cuillerées par jour.

Glycérine caustique contre le lupus.

La formule suivante est due à M. le docteur Hébra, de Vienne :

Iode........................	4 grammes.
Iodure de potassium..........	4 grammes.
Glycérine....................	8 grammes.

Ce topique s'applique tous les deux jours au moyen d'un pinceau; son contact est douloureux pendant plus de deux heures, mais il a le grand avantage de guérir le lupus sans produire de cicatrices difformes.

Réactif propre à déceler les plus petites quantités de sublimé mêlées au calomel.

La pureté du calomel est un point si important que nous croyons utile de signaler aux praticiens un procédé très-simple pour s'assurer si le médicament est exempt ou non de sublimé corrosif. Voici la formule de mon réactif :

Pr. Iodure de potassium...........	10 centigrammes.
Eau distillée..................	10 grammes.

On prend environ 50 centigrammes du calomel à essayer, et on fait une pâte avec une goutte ou deux du liquide d'épreuve sur un morceau de verre.

Si le calomel est pur, il prend une couleur verte; s'il renferme seulement un millième de bichlorure, il se produit des taches rouges.

MARCHANDIER.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Nouveaux faits à l'appui de l'action emménagogue de la mille-feuille.

C'est avec juste raison que M. Teissier est venu protester contre l'oubli fâcheux dans lequel on laisse une foule de remèdes fort simples et placés sous notre main. Son travail et le mien sont venus en fournir une nouvelle preuve en signalant dans l'emploi de la mille-feuille des ressources thérapeutiques incontestables. En présence des faits signalés par le sagace professeur de Lyon et de ceux contenus dans mon mémoire, il est difficile de dénier à cette modeste plante la propriété d'activer les fonctions utérines, de même que celle de modérer les flux hémorrhoïdaux. Il reste, je le sais, à expliquer cette double action antihémorrhoïdale et emménagogue; mais avant d'arriver à la théorie, il faut songer à assurer la pratique. Dans ce but, je viens ajouter les deux faits suivants à ceux que j'ai publiés à l'appui de l'action emménagogue de la mille-feuille.

OBS. I. Marie B., âgée de dix-neuf ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une forte constitution, menstruée régulièrement mais très-peu, fut prise le 20 novembre d'une faible angine. Je lui conseillai seulement des bains de pied, des tisanes émollientes miellées; je lui recommandai de ne pas sortir et de ne pas toucher d'eau froide. Elle ne suivit nullement ces dernières prescriptions, et la maladie fit des progrès; le 26, il y avait de la fièvre, beaucoup d'enrouement, de la rougeur à la gorge; je fis vomir la malade et j'ordonnai le séjour du lit. Nouvelle amélioration, mais nouvelle imprudence; la malade se leva en sueur. Toute la région parotidienne droite se tuméfia énormément; j'appliquai quinze sangsues, puis je fis des frictions mercurielles; le 29 mai, les règles se montrèrent, mais il y eut à peine quelques gouttes de sang, puis elles s'arrêtèrent dans la journée. Le cou devint si gros, que la malade ne pouvait ni parler, ni ouvrir la bouche, elle avalait les liquides avec peine; je reconnus du pus très-profondément dans la région parotidienne et j'ouvris avec une lancette; le soulagement fut immédiat, mais le lendemain

les accidents menaçaient de se reproduire; je pensai que si les règles arrivaient, cette crise amènerait une guérison complète et j'administrai la mille-feuille. L'écoulement, qui n'avait amené que quelques gouttes, reparut dans la journée du 30 et fut plus abondant que jamais pendant deux jours. J'avais appliqué inutilement des attractifs aux extrémités inférieures. Mon confrère, M. le docteur Ortin, appelé en consultation, à cause de la gravité des accidents, fut témoin de l'action de la mille-feuille dans ce cas.

Obs. II. Le 1er février, la femme Rouquette accoucha assez péniblement d'une fille vivante. Tout se passa bien pendant deux jours. Dans la nuit du second au troisième jour, la malade se leva tout en sueur ; à six heures du matin, tremblement général, à huit heures, fièvre ardente et délire ; les lochies étaient supprimées. A midi, sueur générale ; le soir, bien-être et administration d'un gramme de sulfate de quinine. Les lochies ne reparurent pas, malgré des attractifs aux membres inférieurs. A dix heures du soir, nouveau tremblement, nouvelle fièvre ardente, délire plus violent encore ; à cinq heures du matin, le calme revenait ; pas de lochies. Nous administrâmes la mille-feuille et nous donnâmes de nouveau l'antipériodique. Les lochies apparurent dans la matinée, et rien de plus ne survint durant le temps des couches.

Je n'ajouterai à ces faits aucune réflexion. On les commentera comme on voudra, mais nos confrères n'hésiteront pas, je l'espère, à essayer la mille-feuille dans des circonstances analogues.

Ronzier-Joly, D. M.,
à Clermont (Hérault).

Occlusion intestinale se répétant deux fois chez la même malade, à trois années d'intervalle, et cédant chaque fois à l'emploi de la glace intùs et extrà.

Le docteur Masson a publié, dans le numéro du 30 avril dernier, un article assez étendu sur les bons effets de l'emploi de la glace dans l'occlusion intestinale, et il a fait connaître deux faits de succès qu'il a recueillis dans le service de M. le professeur Grisolle. Ce travail de notre jeune confrère m'a rappelé deux cas de guérison obtenue dans ma pratique par l'usage de la glace dans des circonstances semblables et chez la même malade; je transcris l'observation telle que je l'ai rédigée en 1851.

Le 2 décembre 1851, je suis appelé auprès de la femme Renard, habitant la commune de Marcheseuil. Agée de quarante ans et bien constituée, cette femme est mère de six enfants et n'a jamais

éprouvé de dérangement sérieux dans sa santé. Depuis deux ans, cependant, elle éprouve des coliques, qu'elle croit produites par une constipation habituelle, qui ne lui permet pas d'aller à la selle plus de deux fois par semaine. Elle est bien réglée, et ne porte ni hernie, ni tumeur qui puisse expliquer les douleurs qu'elle accuse.

Etat actuel. Depuis deux jours, la femme Renard est alitée, et a perdu complétement l'appétit. Décubitus dorsal ; flexion des cuisses sur l'abdomen, qui est tendu et douloureux à la pression, mais non météorisé ; envies de vomir ; céphalalgie ; perte du sommeil ; pouls développé (105 puls.). La malade dit qu'elle n'a pas eu de garde-robe depuis cinq jours. *Prescription.* Bain tiède d'une heure. — Au sortir du bain, 30 grammes d'huile de ricin, dans une tasse d'infusion chaude de thé. — Lavement émollient matin et soir. — Fomentations huileuses et belladonées sur le ventre. — Limonade pour boisson. — Diète absolue.

Le 3, les symptômes ont augmenté ; la malade a vomi une fois aussitôt après l'ingestion de l'huile de ricin ; les coliques sont plus intenses ; le ventre est plus tendu et plus douloureux ; les lavements ont été rendus presque immédiatement et sans matières. — Constipation opiniâtre, pouls à 115. — Insomnie. — Facies altéré. — Bain comme la veille ; frictions sur le ventre avec l'huile de croton; un gramme de calomel dans de la gelée de pommes ; lavement purgatif.

Le 4, la malade a vomi en ma présence des matières ayant une odeur stercorale très-prononcée et contenant des détritus de haricots, qu'elle dit avoir mangés depuis au moins dix jours. Tous les symptômes ont pris une grande intensité. — A ma demande, le docteur Jobin, de Saulieu, est appelé en consultation le même jour, à trois heures du soir.

Nous constatons que le ventre est tympanisé et que les douleurs sont continuelles. Les vomissements ont une odeur stercorale insupportable ; la prostration est grande ; le pouls est petit, à 145 pulsations. Il n'y a eu aucune excrétion de gaz ; les lavements n'ont pas été gardés et n'ont amené aucune matière. L'état de faiblesse de la malade est tel, les vomissements sont si fréquents et si douloureux, que nous n'osons plus recourir aux purgatifs. Nous prescrivons : toutes les deux heures une pilule de 2 centigrammes d'extrait d'opium et d'extrait de belladone. Les onctions narcotiques sont continuées sur l'abdomen. Nous avons peu d'espoir de conserver la malade à la vie.

Dans la nuit du 4 au 5, je suis rappelé près de la femme Renard,

dont l'état ne s'est pas amélioré : elle peut à peine parler. Tous les moyens employés ayant été sans succès, je propose l'usage de la glace, que la malade accepte volontiers, malgré la répugnance de sa famille. La sensibilité de l'anus est telle, que je ne puis pas faire administrer des lavements d'eau froide. Des morceaux de glace sont mis dans la bouche de la malade, et sont renouvelés avant d'être entièrement fondus. Un sac de toile fine est rempli de glace concassée, et appliqué sur le ventre. La glace est incessamment renouvelée aussitôt qu'elle fait eau.

Le 5, la malade n'a vomi que deux fois depuis l'emploi de la glace ; le ventre est toujours tendu, mais moins douloureux et moins météorisé. Toujours absence d'évacuation; pouls à 130. — Continuer exclusivement l'usage de la glaee.

Le 6, l'amélioration se soutient. La malade n'a plus de vomissements ; la physionomie est meilleure. La malade a dormi plusieurs heures ; le ventre n'est plus météorisé ; les coliques sont beaucoup moins douloureuses ; il n'y a pas eu d'évacuation, mais un mouvement, dit la malade, se fait dans son ventre. — Même prescription.

Le 7, deux heures avant ma visite, la malade a eu une évaeuation pénible de matières dures et peu abondantes. Les vomissements et même les envies de vomir ont cessé ; la malade a dormi une partie de la nuit ; le ventre est eneore tendu. — Un gramme de calomel en poudre. Continuer l'usage de la glace.

Le 8, le ventre est débarrassé ; le calomel a déterminé deux évacuations eopieuses. La malade a dormi pendant six heures ; les douleurs sont nulles ; le pouls est à 90. — La malade demande du bouillon de poulet. — Cessation de l'emploi de la glace. Limonade, si la malade a soif ; bouillon de poulet.

Le 9, la malade va de mieux en mieux, et je cesse mes visites.

En février 1855, la femme Renard a éprouvé les mêmes accidents qu'en 1851 ; mais ils ont cédé en trois jours à l'emploi exelusif de la glace.

Il y a deux ans que la femme Renard a quitté la eommune de Marcheseuil; mais je sais qu'elle jouit aujourd'hui d'une santé parfaite.

Je vous livre ees faits sans eommentaires : ils sont assez éloquents par eux-mêmes.

DOCTEUR PICHENOT,
Médecin des épidémies à Conserey (Côte-d'Or).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Observation de tétanos traité avec succès par les émissions sanguines, la belladone et les bains de vapeur. — Parmi les moyens qui ont été mis en usage dans le traitement du tétanos, ceux sur lesquels l'expérience permet de prononcer le jugement le plus favorable sont les émissions sanguines, les stupéfiants du système nerveux et les diaphorétiques. Ces moyens, employés soit seuls, soit réunis, ont procuré plus d'une guérison, et nos lecteurs en pourraient trouver plusieurs exemples en parcourant notre collection.

Mais personne, que nous sachions, n'a érigé en méthode l'association de ces mêmes moyens, comme l'a fait M. Lenoir qui, depuis un assez grand nombre d'années déjà, lui a dû, dans sa pratique tant nosocomiale que civile, des résultats vraiment remarquables. En effet, l'habile chirurgien de l'hôpital Necker n'évalue pas à moins de la moitié à peu près des cas observés le nombre des guérisons qu'il a obtenues à l'aide de cette méthode ; et il est impossible de ne pas trouver cette proportion excessivement favorable dans une affection dont le pronostic est si grave, et que la statistique démontre se terminer si fréquemment d'une manière funeste.

C'est ordinairement aux émissions sanguines générales que M. Lenoir a recours dans le traitement du tétanos. Mais la saignée est un moyen qui, pour faire partie d'une méthode, n'en veut pas moins être appliqué avec discernement. Aussi l'on conçoit qu'il est des sujets chez lesquels il n'est jamais prescrit, et que, quand il l'est, la perte de sang, unique ou multiple, est toujours proportionnée aux indications qui ressortent des conditions de tempérament, de constitution, et d'état réactionnel que peut présenter chaque sujet en particulier.

Le choix de l'agent stupéfiant du système nerveux n'est pas chose indifférente aux yeux de M. Lenoir. De tous les médicaments de cette classe auxquels on a recours dans le traitement du tétanos, et en laissant de côté le chloroforme, qui a été expérimenté dans ces derniers temps avec des succès divers, l'opium est certainement celui qui a été le plus employé. L'auteur de la méthode que nous exposons lui préfère la belladone, comme n'ayant pas le double inconvénient : 1° de congestionner l'encéphale, dans une maladie où la gêne de la respiration et le trouble de l'hématose concourent déjà à produire ce phénomène fâcheux, et 2° de frapper l'intestin d'iner-

tie, c'est-à-dire d'aggraver la disposition à la constipation, déjà existante dans le tétanos.

Quant aux moyens de provoquer la diaphorèse, leur emploi serait d'autant plus rationnel et plus utile que l'on aurait constaté l'action du froid, la suppression de la sécrétion cutanée à l'origine des accidents; mais l'expérience en a aussi démontré l'efficacité dans des cas où rien de semblable n'avait eu lieu. M. Lenoir a recours, pour exciter les sueurs, aux infusions chaudes de bourrache et de sureau et aux bains de vapeur, qui peuvent être, pour plus de commodité, administrés dans le lit à l'aide d'un appareil approprié.

Cette exposition faite, voici une observation de tétanos traumatique qui a été traité suivant cette méthode dans le service de M. Lenoir, et qui s'est terminé par la guérison. On remarquera précisément que dans ce cas, en raison des conditions particulières d'âge et de constitution, et à cause aussi du défaut de réaction fébrile, les émissions sanguines ont été laissées de côté.

La nommée L. Flichard, âgée de seize ans, entra le 16 juin 1856 à l'hôpital Necker, dans le service de M. Lenoir, pour une plaie contuse de la cuisse causée par un coup de pied de cheval.

Mais, le 24 juin, alors que l'état de la plaie ne présentait rien de particulier, l'état général ayant été bon jusque-là, sans aucune cause appréciable, du malaise et de l'inappétence vinrent à se manifester, sans fièvre d'ailleurs, et le lendemain, à la visite, on constata un peu de roideur dans les mouvements de la mâchoire inférieure et de douleur au niveau des massêters, qu'on sentait contractés, durs et saillants sous la peau. M. Lenoir prescrivit une potion avec 10 centigr. d'extrait de belladone, à prendre dans la journée.

Du 25 au 27, la convulsion tonique de la face se prononça d'une manière plus intense et plus générale; la même prescription fut continuée.

Le 27, contraction douloureuse des muscles de la région cervicale postérieure, roideur du cou, mouvements de flexion impossibles, léger renversement de la tête en arrière. Le 28, les parties déjà envahies le sont avec plus d'intensité, et la convulsion douloureuse s'étend aux muscles des gouttières vertébrales et aux autres muscles du tronc; les grands pectoraux surtout sont tendus, durs, ainsi que les muscles formant les parois abdominales qui présentent une tension et une résistance très-remarquables. De plus, il se manifeste de la gêne dans le pharynx, et la déglutition des liquides devient difficile. La convulsion tonique des muscles affectés est continue, avec des alternatives de rémission et d'exacerbation; dans ces deux

jours, il y a eu trois grands accès extrêmement douloureux, qui arrachaient des cris à la malade, et pendant la durée desquels la contraction convulsive, devenant beaucoup plus intense, le visage était plus grimaçant, l'opisthotonos plus prononcé, et la respiration considérablement gênée, ainsi que le témoignaient la teinte violacée des lèvres et la turgescence de la face. Les mêmes symptômes s'aggravèrent encore le 29, et restèrent ensuite stationnaires jusqu'au 10 juillet. Du 27 juin à cette dernière époque, la potion belladonée fut continuée, en augmentant les doses, et de plus deux bains de vapeur furent administrés chaque jour, lesquels déterminèrent l'apparition de sueurs abondantes.

A partir du 10 juillet, sous l'influence de ces moyens, la convulsion tonique des muscles et la douleur allèrent en diminuant, et la résolution commença. Les muscles du cou se détendirent les premiers et la flexion de la tête devint possible; ce fut ensuite le tour des muscles du tronc et des parois abdominales; les muscles de la face restèrent affectés les derniers, et le trismus, qui avait été le premier symptôme apparent de la maladie, fut aussi le dernier à disparaître. Enfin le 16 juillet, il ne restait plus qu'un peu de roideur dans les mouvements de la mâchoire inférieure, et l'amélioration était tellement considérable que le traitement fut supprimé.

La malade continua ensuite à aller de mieux en mieux, et elle quitta l'hôpital le 7 août, ne se ressentant plus d'aucun symptôme tétanique, et parfaitement guérie de sa plaie, dont la cicatrisation était parfaite, bien longtemps avant la résolution de l'état convulsif.

Cette plaie, située immédiatement au-dessus de l'articulation du genou et au devant du tendon du droit antérieur, d'une forme irrégulière, et d'une étendue en surface d'environ 4 centimètres carrés, présentait, au moment de l'entrée, un aspect noirâtre résultant de la modification des téguments fortement contus par la cause vulnérante. Elle fut pansée pendant les premiers jours avec des cataplasmes de farine de lin; bientôt une escarre superficielle se détacha, laissant à découvert des bourgeons charnus d'une belle apparence.

Nécessité de l'emploi du cautère actuel dans le traitement de la pourriture d'hôpital; bons effets des applications locales d'éther sulfurique après la cautérisation. — Nous avons tenu nos lecteurs au courant des tentatives de traitement auxquelles a donné lieu l'épidémie de pourriture d'hôpital, observée tant en Orient que dans les grands hôpitaux qui recevaient les blessés évacués de l'armée de Crimée, et nous avons insisté d'une manière

toute particulière sur les bons effets qu'a paru donner entre les mains de quelques chirurgiens la teinture d'iode employée topiquement. La simplicité de ce moyen, la facilité de son emploi et surtout le peu de douleur occasionnée au malade, nous paraissaient le recommander à l'attention des médecins. Nous étions loin de croire cependant que l'on pourrait éviter toujours aux malades l'emploi de moyens plus actifs, et du fer rouge en particulier. Mais le fait qui nous paraît le plus important à mettre en relief, c'est l'influence toute particulière exercée par l'encombrement sur la résistance de la maladie, influence qui fournit la clef du succès et de l'insuccès de tel ou tel moyen entre les mains de tel ou tel chirurgien, suivant les conditions particulières dans lesquelles ils étaient placés. A l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, par exemple, au dire de M. le docteur Courrègelongue, les topiques les plus simples avaient réussi sur les blessés de la première évacuation ; ils eurent bientôt échoué, ainsi que la teinture d'iode, dès que les malades atteints de pourriture abordèrent dans l'hôpital. Le cautère actuel lui-même n'empêchait pas la récidive chez certains sujets.

C'est donc au cautère actuel qu'il paraît indispensable d'avoir recours dans les cas graves et sérieux, dans la forme épidémique ; il est convenable de l'employer de bonne heure, de l'appliquer énergiquement, sans se laisser arrêter par la nature des tissus qui avoisinent la partie malade. C'est cette pratique qui a fourni également à M. le professeur Alquié, de Montpellier, les plus beaux succès; mais MM. Bouisson et Alquié ont su concilier les droits de l'humanité avec les avantages du traitement par le cautère actuel, en plongeant d'abord les malades dans le sommeil anesthésique à l'aide des inhalations d'éther sulfurique : de cette manière, rien ne s'oppose à ce que la cautérisation soit faite avec tout le soin et toute la lenteur convenables, à ce qu'on éteigne plusieurs cautères chauffés à blanc sur la partie malade, jusqu'à ce qu'elle soit convertie en une escarre dure, sèche et noirâtre. MM. Bouisson et Alquié font suivre habituellement cette cautérisation de l'application, pendant quelques heures, d'une compresse imbibée d'eau fraîche sur la partie cautérisée, et ensuite d'un pansement avec une compresse trempée dans l'éther. Les effets de cette pratique se sont toujours montrés des plus satisfaisants, dit un témoin oculaire, M. Courrègelongue : presque toujours, très-peu de temps après la cautérisation, les douleurs que la pourriture d'hôpital détermine se dissipent, la fièvre disparaît comme par enchantement, le sommeil revient, toutes les fonctions rentrent dans l'ordre, le désir des aliments se fait sentir, et la plaie,

après la chute de l'escarre, marche rapidement vers la guérison.

A l'appui de cette pratique, nous rapporterons les deux observations qui suivent:

Obs. I. — Un voltigeur du 1er régiment de la garde impériale, âgé de trente ans, entra à l'hôpital Saint-Eloi, le 29 juin 1855, dans le service de M. le professeur Bouisson. Ce militaire présente, à l'extrémité inférieure du deuxième espace interosseux et sur le dos des premières phalanges de l'index et du médius de la main gauche, une solution de continuité produite par une balle qui a atteint ces parties le 23 mai de la même année, au siége de Sébastopol. La pourriture s'est manifestée dans la plaie vingt jours avant son arrivée à Montpellier.

La plaie est étendue au dos des premières phalanges de ces deux doigts et empiète sur le dos du métacarpe; elle a un aspect blafard; l'irrégularité de la surface est due à des parties molles soulevées çà et là, contenues par des bords renversés en dehors, fendillés, boursoufflés, laissant écouler un liquide roussâtre, mêlé à des gaz putrides et d'une odeur repoussante. Ces fongosités mollasses, affaissées sur elles-mêmes, ne sont point entraînées avec le pus qui les baigne; le fond qui leur sert de base est dur, très-douloureux, tuméfié; les doigts ont doublé de volume, l'index surtout, qui est agité de tremblements dus à la contraction musculaire qui a lieu lorsque le malade veut tenir la main en suspension. Dans les mouvements, la couche pulpeuse est soulevée et comme déjetée sur le trajet des tendons extenseurs qui sont presque à nu. Tristesse, anxiété, œil terne, pouls petit et précipité, insomnie, perte d'appétit.

Depuis son entrée à l'hôpital, on essaye tour à tour les applications de cérat opiacé, le suc de citron, un liquide composé d'alcool camphré, de chlorure de chaux et de décoction de quinquina: les douleurs persistent, la pourriture fait des progrès alarmants; enfin, le 5 juillet, M. Bouisson fait la première application du fer rouge, après avoir plongé le malade dans le sommeil anesthésique. Toutes ces chairs fongueuses, détrempées dans l'ichor putride, ayant subi une carbonisation incomplète, sont transformées en une escarre noire et solide, complétement desséchée. Quelques gouttelettes de sang s'échappent des bords de cette escarre, et l'on jette sur le dos de la main une compresse trempée dans l'eau fraîche. Dès ce moment, le malade s'éveille, il déclare n'avoir rien senti et paraît très-satisfait de la cautérisation. Pendant les quelques heures qui suivent, on se borne à changer la compresse imbibée d'eau fraîche, et

vers le soir on recouvre la surface cautérisée d'un plumasseau arrosé d'éther sulfurique.

Le lendemain 6 juillet, après un bon sommeil, le pouls est moins fréquent, l'état général meilleur, les traits du visage moins concentrés, l'escarre noirâtre n'exhale plus de gaz infects et est entourée d'une zone rouge, indice d'un commencement de réaction; cessation de la douleur locale. Le 7, amélioration locale encore plus sensible; sommeil, appétit; les forces renaissent; cercle rouge plus épais; l'escarre se soulève en se divisant et commence à se détacher. Deux jours après, quelques légères portions de l'escarre se détachent et la suppuration est abondante; pas de douleur ni de fièvre, bon appétit et bon état. Le 11, des bourgeons charnus commencent à paraître, baignant dans du pus louable, de bonne nature; la plaie marche de jour en jour vers la cicatrisation, et, dans les premiers jours d'août, ce soldat quitte l'hôpital entièrement guéri.

Dans l'observation suivante, on va voir qu'une seconde cautérisation au fer rouge fut nécessaire pour arriver à la guérison :

Obs. II. — Un sergent du 3e régiment de ligne, âgé de vingt-neuf ans, entre à l'hôpital Saint-Eloi, dans le service de M. Alquié, le 13 juillet 1855, pour une pourriture d'hôpital affectant la forme ulcéreuse développée sur une cicatrice presque entièrement fermée au niveau du moignon de l'épaule, à la suite de la désarticulation du bras gauche. La ligne de réunion était presque verticale au-dessous de l'acromion; cicatrisation achevée dans les trois quarts supérieurs; vers la partie inférieure, la réunion n'existait pas, et au lieu d'une petite surface suppurante, fournissant un pus louable, on remarquait une petite excavation oblongue, pâle, grisâtre, dont les bords, faisant une légère saillie, étaient irrégulièrement circulaires, à fissures peu prononcées, laissant échapper un suintement fétide. Quelques points jaunâtres, disséminés sur cette petite excavation, tranchaient sur la couleur grisâtre de cette cicatrice; bords épaissis et blanchâtres reposant sur une base indurée, avec douleur en ce point: physionomie inquiète, sommeil presque nul, appétit diminué, peu de fièvre (pansement avec l'alcool camphré, le chlorure de chaux et la décoction de quinquina).

Dès le lendemain, l'état local s'était aggravé assez notablement pour ne plus laisser place au doute. M. Alquié porte un cautère olivaire chauffé à blanc sur toute cette surface ulcérée et même dans la profondeur du décollement du lambeau. Cette cautérisation est insuffisante; le lambeau aminci, décollé, pressé par la pourriture, diminué dans son étendue, est comme flottant au-dessus d'une ma-

tière gluante qui s'échappe de ces parties; toute la cicatrice est emportée. Aussi le 17 juillet, on fait une nouvelle application du fer rouge sur tous ces tissus, sans être arrêté par la présence de l'artère axillaire.

A partir de ce moment, l'état général s'améliore considérablement. A la chute des escarres, on voit des bourgeons charnus recouvrir cette surface, devenue rosée, et la portion du lambeau restant s'appliquer sur les tissus sous-jacents en voie de cicatrisation. Un point ulcéré par le frottement se cicatrise à l'aide d'un peu d'éther, et, le 20 août, le malade sort de l'hôpital complétement guéri.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Acide gallique (*De la valeur de l') en particulier dans le traitement de l'hémoptysie et de l'albuminurie.* Telle est la question qui a été examinée par M. Gairdner et résolue, il faut bien le reconnaître, dans un sens peu favorable aux prétentions des partisans de l'acide gallique. Ainsi, dans les sueurs des phthisiques, M. Gairdner n'a pas trouvé l'acide gallique supérieur aux autres moyens; il l'a même trouvé inférieur à la poudre de Dover, qui est employée presque vulgairement par les médecins irlandais. Dans deux cas d'hématurie, il est vrai, très-rebelles, l'acide gallique n'a donné aucun résultat. Dans la diarrhée même, il ne s'est pas montré comparable aux astringents ordinaires. Dans l'hémoptysie même, malgré les effets particuliers qu'il produit sur l'expectoration, M. Gairdner est peu disposé à reconnaître à cet agent des propriétés bien efficaces; mais, en tout cas, ce qui résulte bien évidemment des faits de M. Gairdner, c'est la nécessité, dans les cas de ce genre, de porter la dose du médicament très-haut, à 4 et 6 grammes, comme l'a recommandé M. Bayes. Même incertitude en ce qui touche les effets si vantés de l'acide gallique contre l'albuminurie. Dans six ou sept cas, dans lesquels M. Gairdner a fait l'expérience pendant un temps assez long, interrompant parfois pour reprendre de nouveau, il n'a pas vu de diminution bien marquée dans la quantité d'albumine; nous sommes seulement frappé de ce fait, interprété dans un tout autre sens par M. Gairdner, que les malades ont résisté parfaitement aux conséquences de leur maladie, sans aggravation dans l'état général. Or, n'est-ce pas là quelque chose qui témoigne, de la part de l'acide gallique, sinon de propriétés astringentes, au moins de propriétés toniques bien évidentes?

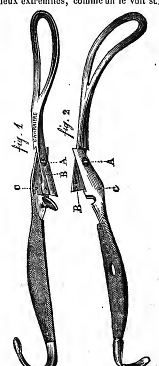
En terminant, nous voulons appeler l'attention sur deux signes de saturation par l'acide gallique, indiqués : l'un par M. Bayes, c'est la coloration de l'expectoration, qui devient presque aussi noire que de l'encre, mais qui ne tient pas à la présence du sang comme il l'avait pensé; et l'autre, par M. Gairdner, c'est la coloration teinte du sucre des urines : c'est à peu près la coloration que prendrait l'urine, si on y ajoutait quelques gouttes d'encre ou un peu de sépia; on y reconnaît facilement la présence de l'acide gallique avec les sels de fer. D'après M. Gairdner, cette coloration de l'expectoration et celle de l'urine ne marchent pas toujours parallèlement, elles peuvent se suppléer ou se remplacer mutuellement; mais la coloration tirée de l'urine est un des meilleurs signes de la présence de l'acide gallique dans l'urine; seulement on aurait tort, d'après lui, de conclure de cette coloration à l'effet thérapeutique, qui peut manquer entièrement. (*Association med. journ.*)

Caféine (*Action toxique de la*). Le docteur Stuhlmann, de Triedewald, a fait avec de la caféine de nombreuses expérimentations sur des animaux de tous les ordres, et il est arrivé ainsi à poser ces conclusions : 1° La caféine est un *poison*, et non pas un aliment, ainsi que l'a prétendu Liebig; — 2° Administrée d'une manière et en lieu

convenables, elle détermine, à des doses relativement petites, la mort chez les animaux d'espèces les plus diverses; — 3° Elle produit la mort, non pas en agissant sur le sang et en le décomposant, mais en déterminant des paralysies lorsqu'elle arrive en contact avec le système nerveux; — 4° Les phénomènes et les attaques que la caféine détermine chez les animaux varient suivant la réceptivité particulière de ceux-ci, suivant la différence des doses et la manière dont elles sont administrées. Dans l'intérêt de la science, il est désirable que les expériences de M. le docteur Stuhlmann reçoivent une complète confirmation. (*Répertoire de pharmacie*, juin).

Cancer de l'utérus (*Bons effets des injections vaginales chloroformées dans le*). En rapportant le fait suivant, nous n'entendons pas certainement faire connaître une nouveauté, mais bien rappeler l'attention sur les avantages que peut fournir l'emploi du chloroforme non pas en vapeur, mode d'administration très insuffisant lorsqu'on ne le prolonge pas beaucoup, mais bien mélangé dans une certaine proportion avec un véhicule quelconque pour liquide d'injection. Comment, en effet, établir une comparaison entre l'action d'un médicament en vapeur, c'est-à-dire d'un médicament extrêmement divisé, et l'action d'un médicament à l'état liquide, tous deux mis en contact avec la partie malade? Nul doute que l'avantage ne soit en faveur de ce dernier. C'est aussi ce qui a été constaté par M. Burgiacchi chez une femme de cinquante-cinq ans, qui présentait tous les signes tant rationnels que physiques d'un cancer utérin; les douleurs étaient surtout très-fortes, et jusque-là aucun remède ne lui avait procuré le moindre soulagement. Des injections avec décoction de camomille et de chloroforme, répétées plusieurs fois par jour, apportèrent au contraire un soulagement des plus remarquables. (*Gaz. med. Sarda*, avril.)

Forceps et céphalotribes (*Nouveau modèle de brisure appliqué particulièrement aux*). Cet instrument, que M. Charrière fils vient de présenter à l'Académie, n'offre aucune saillie, aucun accessoire susceptible de se détériorer avec le temps. Le praticien qui le voit pour la première fois n'éprouve aucune difficulté pour le monter ou le démonter, sa solidité est aussi grande que celle du forceps ordinaire non brisé, enfin son poids et son volume sont en tout semblables à ceux de ce dernier instrument. La disposition qu'il a adoptée a mis à même de satisfaire aux demandes de beaucoup de praticiens, en réunissant sous un très-petit volume trois et quatre forceps et même un céphalotribe variés de formes et de grandeurs. M. Charrière est arrivé à ce résultat à l'aide du mécanisme suivant : les brisures sont fixées et montées sur un seul manche au moyen du tenon déjà bien connu qu'il a appliqué pour l'articulation des ciseaux et des pinces. L'entablure est divisée verticalement en deux, et, pour assurer la solidité de cette brisure, les deux extrémités, comme on le voit sur



la planche ci-contre, sont ajustées à queue d'aronde et en plan oblique, de manière que plus on exerce de pression et plus l'assemblage se consolide; les faces internes sont fendues de bas en haut au tiers de leur largeur, et les parties les plus étroites sont légèrement amincies, afin de leur donner l'élasticité nécessaire pour passer sur les

clous qui s'engagent dans les trous. Ainsi qu'on le voit, les deux parties amincies sont renfermées dans l'entablure, afin de rendre la solidité aussi complète que si les deux parties étaient d'une seule pièce. Quant au démontage, il suffit de fléchir avec les deux mains chaque branche du dehors au dedans; le remontage s'opère de même que celui des ciseaux et pinces à tenon. — Les figures première et deuxième représentent les deux branches du forceps vues à demi assemblées au moyen de leur tenon ; AA les deux tenons dans leur mortaise ; BB les deux parties internes divisées partiellement et légèrement amincies pour leur donner l'élasticité nécessaire pour s'engrenrr avec les clous d'arrêt ; CC clous fixés à demeure sur lesquels s'engagent les parties BB. C'est alors que l'instrument est solidement fixé. (*Compte rendu de l'Académie*, juin.)

Mastite. *Son traitement abortif.* La mastite est une de ces affections qu'il serait important de pouvoir enrayer dans sa marche, car, sans présenter ordinairement une grande gravité, sans menacer la vie de la malade, elle est une source de vives souffrances; elle interrompt brusquement l'allaitement, souvent au préjudice du nourrisson, enfin elle laisse après elle des traces indélébiles portant atteinte aux formes de l'organe.

Le docteur Goulden a publié, il y a quelques mois, dans la Lancette, plusieurs faits tendant à prouver les heureux effets de la belladone pour arrêter le développement des abcès laiteux des mamelles. Nous trouvons dans le même journal deux nouveaux faits rapportés par le docteur Berry et qui viennent confirmer les espérances qu'avaient fait naître les expérimentations du docteur Goulden. Voici en peu de mots ces deux faits :

Obs. I. M. S..., accouchée en décembre 1856, avant terme, voit, le troisième jour après l'accouchement, ses seins se gonfler, se durcir et rougir. Les veines superficielles sont gonflées; les mamelons sont rétractés ; l'enfant est trop faible pour exercer la succion. Malgré l'emploi d'une pompe, les seins ne se dégonflent pas et deviennent très-douloureux ; il survient de la fièvre et tous les signes précurseurs d'une mastite. Le docteur Berry fait enduire les aréoles et les mamelons d'extrait de belladone et fait prendre à l'intérieur à la malade une mixture saline, avec addition de colchique. Dès le lendemain, amélioration notable ; seins ramollis, écoulement abondant, spontané, de lait. On continua les applications de belladone; la guérison fut rapide.

Obs. II. A. S... ressent, trois jours après sa délivrance, de vives douleurs dans les mamelons lorsque l'enfant prend le sein. Des bouts de sein, des onguents, le nitrate d'argent n'amènent qu'un soulagement momentané. Les douleurs forcent la malade de cesser l'allaitement, les mamelons sont profondément ulcérés et les mamelles, très-engorgées, présentent les premiers symptômes de l'inflammation. La belladone, appliquée comme dans le cas précédent, réussit avec le même succès ; l'écoulement laiteux spontané était très-abondant et, en peu de jours, la guérison était complète.

La propriété bien connue de la belladone de relâcher les fibres musculaires spasmodiquement contractées nous paraît très bien rendre compte du mode d'action de ce topique dans ces circonstances. Les frictions belladonées font cesser l'engorgement laiteux et tous les symptômes qui en résoltent, en relâchant les tuniques musculaires des enduits galactophores et en facilitant ainsi l'issue du lait. Quoi qu'il en soit, ce traitement nous paraît être souvent applicable dans des cas analogues à ceux que nous avons relatés, et nous avons cru utile d'appeler sur lui l'attention de nos lecteurs. (*The Lancett*, juin.)

Oblitération du col utérin *par suite de l'emploi défectueux du caustique.* On peut abuser des meilleures choses, et les meilleurs moyens thérapeutiques, appliqués intempestivement ou au delà des limites que l'expérience et la prudence imposent, sont ceux précisément qui peuvent donner lieu aux plus graves accidents. Cette proposition générale, banale à force d'être vraie, est surtout applicable à l'emploi des caustiques sur le col utérin, dont l'usage s'est si généralement répandu depuis quelques années, qu'on ne saurait trop prémunir les praticiens contre les dangers attachés à leur abus. C'est un exemple de ces dangers que nous allons faire connaître.

Une jeune femme de vingt-quatre ans présentait, avec une leucorrhée, les symptômes d'un relâchement et d'une perte de ton des organes intra-pelviens. Son médecin crut voir une ulcération du col, et après quelques

applications de nitrate d'argent, il en fit une dernière avec un acide très-fort. Une violente inflammation s'ensuivit. Dix mois après, se croyant enceinte, elle consulta M. Rigby : elle avait, en effet, le ventre gonflé et tendu. Les règles n'avaient paru qu'à intervalles irréguliers, en petite quantité, et accompagnées de beaucoup de douleur. Il y avait leucorrhée, affaiblissement progressif de la constitution. L'orifice utérin fut trouvé dur, comme noueux; le col très-court, l'utérus augmenté de volume, globuleux, dur. Le vagin présentait plusieurs cicatrices. Après avoir cherché à restaurer la constitution à l'aide des toniques et des sédatifs, M. Rigby introduisit dans le col utérin une sonde dilatatrice. Trois jours après, les règles parurent avec plus d'abondance et beaucoup moins de souffrances. Il sortit une quantité considérable d'un fluide brunâtre ayant l'aspect d'un sang menstruel retenu.

A partir de ce moment, les douleurs qui la tourmentaient, notamment depuis trois ou quatre mois, cessèrent tout à fait; les périodes cataméniales se régularisèrent, et la santé générale fut recouvrée Cependant, au bout de six mois, les règles commencèrent à redevenir douloureuses, et les forces ainsi que l'embonpoint à se perdre de nouveau. On constata que la sonde utérine ne s'introduisait qu'avec difficulté. M. Rigby se décida alors à inciser le col, en commençant par son orifice interne et en rendant l'incision de plus en plus profonde à mesure que l'instrument descendait; de cette manière, la moitié au moins de la paroi du col fut divisée à la partie inférieure. L'instrument avait agi sur la ligne médiane de la face antérieure du col. Deux jours après, un introduisit un dilatateur métallique, qui fut laissé douze jours en place.

L'état général de cette malade s'améliora immédiatement après cette opération, et après une menstruation régulière, cette femme devint enceinte : elle avorta à dix semaines. Mais quelque temps après, sa santé se rétablit complètement, et, redevenue enceinte, elle accoucha à terme et heureusement. (*Med. Times, and Gaz.* et *Gaz. hebdomad.*, mai.)

Spina bifida (*Obs. de*) *traité avec succès par la suture enchevillée.* Les observations de guérison de spina bifida ne sont pas à beaucoup près assez communes pour qu'on ne s'empresse pas de faire connaître tous les faits de ce genre, surtout dans le but de préciser autant que possible le procédé opératoire à mettre en usage. Dans le fait du docteur Casati, il s'agissait d'une petite fille de trois mois, aux parents sains et robustes, qui portait depuis sa naissance une tumeur arrondie, grosse comme une noix, sur le trajet de la colonne vertébrale, au voisinage du sacrum. Cette tumeur augmentait sensiblement par les cris de l'enfant; douleurs très vives lorsqu'on couchait l'enfant sur le dos ou qu'on serrait les langes à ce niveau. Du reste, la petite fille n'avait nullement dépéri; elle était gaie et bien portante, les extrémités inférieures proportionnées et parfaitement mobiles, la tête normale, les fontanelles dans leur état habituel. En revanche, la tumeur avait fait des progrès depuis la naissance ; au moment où la petite fille fut présentée à M. Casati, le 27 janvier 1856, elle avait déjà le volume d'un gros œuf de poule, sa forme était sphérique, à base pédiculée, longue d'un pouce et demi et large d'un demi-pouce à peine. Par les cris de l'enfant, la tumeur augmentait notablement, et diminuait, mais seulement lentement, par la position horizontale. La peau était saine à son niveau, sans changement de couleur, avec quelques rides transversales, mais peu profondes ; du reste, la tumeur offrait une fluctuation évidente et égale dans toutes ses parties, une transparence parfaite, et lorsqu'on comprimait son centre avec le doigt, on arrivait sur une fissure à base résistante, ayant plus d'un demi-pouce de long et d'une largeur à loger l'extrémité de l'index ; cette compression était douloureuse, mais ne paralysait pas les extrémités inférieures et ne donnait lieu à aucun symptôme de compression cérébrale. Sur les deux côtés de la base de la tumeur, on sentait manifestement deux petites protubérances osseuses, constituées par les apophyses articulaires de la cinquième vertèbre lombaire.

Le 2 février, M. Casati commença le traitement par des ponctions avec le trocart capillaire, qui furent répétées les 5, 7, 8 et 9 février, mais avec des résultats peu satisfaisants, le liquide se troublant de plus en plus et nécessitant même pour son écoulement l'emploi d'un trocart assez gros. Dans ces circonstances, M. Casati, qui s'était convaincu dans ces diverses ponctions que ni la moelle ni des parties importantes n'étaient contenues dans le sac,

résolut de traiter cette affection par la suture enchevillée sur le pédicule de la tumeur, ce qu'il a pratiqué le 10 février. Peu de douleur pendant l'opération, et la petite malade oublia bientôt ses souffrances en prenant le sein de sa mère. Aucun symptôme alarmant les jours suivants, de sorte que trois jours après M. Casati procéda à l'excision de la tumeur, à une demi-ligne au-dessus du point de suture, avec un bistouri convexe; il en sortit un peu de sang mêlé à un drachme environ de sérosité purulente. L'enfant poussa à peine un cri : la plaie fut pansée avec un petit morceau de linge cératé, soutenu par un tampon de charpie maintenu à l'aide d'un bandage circulaire. Cinq jours après, les points de suture enchevillée furent enlevés et les bords de la plaie furent trouvés à peu près cicatrisés, sauf dans une très-petite étendue, dont la guérison avait déjà eu lieu le 29 février. Pour soutenir la guérison, M Casati, qui avait constaté profondément sous la cicatrice un peu de fluctuation, continua à exercer une compression sur celle-ci, d'abord avec le bandage puis avec une plaque de plomb moulée sur la partie. Revue vers le milieu de mars, par M. Casati, la petite malade était dans le meilleur état de santé; la cicatrice était solide et d'une couleur peu différente de la peau voisine; pas de fluctuation, et la surface parfaitement lisse La guérison pouvait donc être considérée comme définitive. (*Racoglit. med. di Fano*, mai.)

Suette *miliaire épidémique* (*Cause prétendue de la*). Rien peut-être ne présente plus d'obscurité, en pathologie, que la recherche des agents morbifiques, que l'appréciation des causes qui président au développement des affections. C'est surtout quand il s'agit des maladies épidémiques que cette recherche et que cette appréciation présentent de grandes difficultés. Qu'est-ce qui fait qu'à un moment donné, une maladie inconnue jusqu'alors, ou qui n'avait pas sévi depuis longtemps, ou qui ne se manifestait que par des cas isolés, surgit tout à coup, et s'étendant rapidement à de grands espaces ou restant confinée dans des limites plus étroites, frappe dans l'un et l'autre cas un grand nombre de personnes à la fois, en revêtant le plus souvent un caractère de gravité particulier ? Quelle est la cause intime d'une telle maladie? Pourquoi se propage-t-elle dans une direction plutôt que dans une autre? D'où vient que certaines localités, certains sujets en sont exempts, tandis que d'autres sont frappés à côté? etc. Ce sont là des questions d'une extrême difficulté et qui sont loin d'avoir été résolues jusqu'ici d une manière satisfaisante pour les esprits sévères.

L'étiologie des épidémies de fièvre miliaire, en particulier, est bien obscure Le professeur Figri et le docteur Fédi, de Pistoïa, croient en avoir trouvé la cause dans l'existence d'un animalcule particulier. Ils avancent que les vésicules caractéristiques de cette maladie renferment un infusoire *sui generis*, visible au microscope, affectant constamment la même forme et les mêmes mouvements, et continuant de vivre encore quelque temps sur le cadavre. En conséquence, selon eux, la fièvre miliaire envahirait l'organisme en venant du dehors, comme les autres maladies exanthématiques; et les eaux thermales sulfureuses offriraient une importante ressource contre les éruptions successives qui caractérisent la miliaire chronique.

Cet infusoire sera-t-il de nouveau constaté par d autres observateurs, et y trouvera t-on en réalité la cause de la fièvre miliaire épidémique? Sans doute les savants qui s'en sont faits les éditeurs responsables décriront ou ont déjà décrit les caractères auxquels il pourra être reconnu par d'autres yeux et à l'aide d'autres objectifs que les leurs. Mais, en attendant, tenons compte de ce fait de thérapeutique pratique, l'utilité, qu'ils ont sans doute constatée, des eaux thermales sulfureuses dans le traitement de la miliaire chronique, en supposant qu'il en existe réellement. (*Annali univers. di medicina* et *Journ. de méd. de Bordeaux*, mai 1857.)

Trichiasis (*Guérison du*) *par la cicatrisation sous-cutanée*. Les nombreuses méthodes de traitement proposées contre le trichiasis témoignent des difficultés que l'on peut rencontrer dans certains cas particuliers, difficultés qui peuvent être de nature à frapper d'inanité les efforts du chirurgien. Dans un cas d'entropion avec trichiasis, qu'il avait déjà traité par l'excision, M. le professeur Schauenburg réussit à triompher de la persistance du trichiasis par la méthode dite de la cicatrisation sous-cutanée et qui consiste à faire à la base des cils des ponctions d'une ligne environ de pro-

fondeur avec une grosse aiguille, et cela dans un sens opposé à leur direction vicieuse. Cette opération, suivie de succès, a engagé M. Schauenburg à y avoir recours dans trois autres cas : dans l'un de ces cas, trichiasis double à l'angle extérieur de l'œil, succès complet; dans le second, le succès ne fut que partiel, à cause de cicatrices résultant, comme le trichiasis, de longues et rebelles blépharodénites ciliaires; dans le dernier cas, les ponctions durent être répétées pour aboutir à la guérison. (*Annales d'oculistique.*)

Viande (*De la valeur nutritive de l'extrait de) préparé à froid de Liébig.* Nous avons fait connaître d'après l'illustre chimiste de Giessen la composition de cet extrait de chair préparé à froid auquel il attribue une supériorité si marquée sur les autres préparations analogues, considérées comme les plus nourissantes (V. p. 94). Un médecin, M. le docteur Hanlo, a consigné dans un journal italien quelques expériences qui seraient de nature à confirmer les faits annoncés par Liebig. Pendant dix-sept jours, il a fait exclusivement usage de l'extrait de chair, et pendant tout ce temps il a trouvé tous les jours dans l'urine 24 grammes d'urée et 11 grammes de matières salines L'usage du bouillon pendant onze jours n'a fourni à l'urine que 20,58 d'urée et 10 de sels pour les vingt-quatre heures. La viande rôtie, employée pendant cinq jours, n'a donné que 22,42 d'urée et 10,31 de sels. Enfin, pendant trois jours, il s'est nourri exclusivement avec la décoction blanche qui se compose, comme on sait, de pain sucre et corne de cerf râpée; le chiffre de l'urée est descendu à 18,59 et celui des sels à 14,55. Toutes ces analyses sembleraient donc indiquer que Liébig ne s'est pas trompé quand il a attribué à cette espèce de bouillon préparé à froid des qualités nutritives supérieures; mais nous nous défions de toutes les inductions chimiques prématurées, et nous attendrons par conséquent que M. Hanlo ait fait connaître les essais thérapeutiques qu'il a tentés avec cet extrait dans l'anémie, la chlorose et l'hydroemie, pour en conclure quelque chose relativement à la médecine pratique. (*Gaz. med. Lombarda.*)

VARIÉTÉS.

LUNETTE PANOPTIQUE.

L'ophthalmologie est en voie de conquêtes : à l'ophthalmoscope, aux précieuses ressources que peut offrir l'étude des phosphènes, notre savant collaborateur, M. Serre (d'Alais) vient d'ajouter la lunette panoptique.

Cette lunette, dont nous donnons à la fois la description et la gravure, est un véritable appareil hygiénique de la vue. Elle n'est autre qu'une lunette établie sur une monture-conserve ordinaire. Au lieu de verres, il y a deux plaques ou disques en cuivre noirci, portant une fente horizontale recouverte par une plaque mobile, maintenue elle même par des coulisses. Au centre est un trou de la dimension de l'extrémité de la tige d'une épingle, A, A. C'est par cette petite ouverture que la lumière doit passer pour impressionner la rétine,

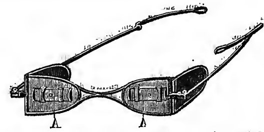
La distance qui sépare les deux trous peut varier de 8 à 10 millimètres, afin de pouvoir les mettre en rapport avec l'axe optique des deux yeux, simultanément soumis à l'expérimentation, et dont la distance moyenne est d'environ 65 millimètres. Pour obtenir cette distance, à l'aide d'un petit bouton on rapproche ou l'on éloigne les plaques jusqu'à ce que les deux yeux puissent voir le même objet dans le même regard.

L'influence de cette simple lunette, sans verre, sur toutes les vues, est des plus remarquables.

Les vues normales elles-mêmes ne sont plus limitées pour les petites di-

stances ; elles peuvent lire, à la distance du nez, les caractères les plus menus, qui apparaissent ainsi extrêmement grossis.

Les presbytes jouissent dès lors du même privilége; et distinguent les objets les plus rapprochés et les plus petits.



Conséquemment, les myopes ont aussi l'avantage de distinguer nettement à distance, et même de fort loin, si le trou est suffisamment réduit.

Quant aux myo presbytes, armés de ce petit instrument d'optique, il leur est impossible de trouver une différence notable entre la portée d'un œil et la portée de l'autre; ils voient également bien des deux côtés, et ne savent plus en quelque sorte quel est l'œil presbyte et quel est l'œil myope.

Enfin, des yeux qui jamais n'avaient pu distinguer aucun caractère, tant la faculté d'accommodation avait été profondément atteinte d'une manière congénitale, ont pu lire pour la première fois et nettement des caractères très-petits à des distances très-variées.

La réduction du champ de la vision à un simple petit trou, qui pourrait suivre les mouvements de l'œil comme une pupille vivante, serait une véritable fortune pour les yeux dépourvus de la faculté d'accommodation ; mais la place déterminée et arrêtée que cette ouverture tient dans la lunette immobile réduit naturellement son usage à certaines nécessités accidentelles.

Si l'on est momentanément privé des lunettes qui servent à lire ou à distinguer les objets lointains, cet appareil les remplace utilement ; mais, comme on ne l'a pas ainsi constitué toujours à sa disposition, l'on peut facilement en avoir l'élément essentiel dans un petit fragment de papier, une carte de visite, à l'un des coins de laquelle on pratique avec une épingle une très-petite ouverture.

Au besoin, on a là une très-bonne loupe, qui permet de voir nettement des détails échappant aux vues les plus subtiles.

Entre les mains des médecins, la lunette panoplique est l'instrument par excellence pour classer certaines altérations de la vue prises pour des amblyopies ou des cataractes commençantes.

1° Si la vue n'est pas éclaircie par la lunette et que les phosphènes se montrent aux quatre points cardinaux, l'on peut induire sûrement l'existence de l'opacité des milieux diaphanes, confirmée par l'examen objectif de ces milieux soit avec l'ophthalmoscope, soit avec la projection oblique du foyer d'une lentille biconvexe.

2° Si les milieux sont transparents et que la vue ne soit pas améliorée par l'usage de l'instrument, l'on constate l'absence partielle ou totale des phosphènes; on contrôle ensuite par l'exploration objective les données subjectives des anneaux rétiniens.

3° Lorsque la vue est immédiatement rendue distincte, l'on a affaire à une perte de la faculté d'accommodation, et l'on élimine alors tout soupçon de cataracte ou de goutte sereine.

La construction de la lunette panoptique repose sur un fait connu des physiciens et qui leur sert à démontrer l'utilité du jeu pupillaire dans l'acte de la vision, la vue à travers le trou d'une carte.

La netteté de la fonction visuelle, à l'aide de la lunette panoptique, provient de l'élimination des rayons divergents arrêtés par le disque opaque, et de la conservation du faisceau central, réduit en quel que sorte à ce rayon unique qui passe par le trou de l'instrument, et produisant partout où il est surpris par la rétine dans sa marche, quel que soit le lieu, une image nette de l'objet dont dont il est la fidèle représentation, avec une diminution notable dans l'éclairement, bien entendu. Voilà pourquoi il est nécessaire que l'expérience se fasse sur des points suffisamment pourvus de lumière.

Nous offrons aux médecins la lunette panoptique comme l'instrument le plus sûr et le plus simple pour apprécier les défaillances, à tous les degrés, de la faculté d'accommodation.

Elle peut remplacer dans certaines limites ces collections de cristaux taillés dont le prix n'est pas à la portée de toutes les fortunes médicales, et révéler immédiatement la cause de troubles dans la fonction visuelle, souvent confondus avec d'autres bien autrement graves, cataractes ou amauroses, qu'on est heureux d'éliminer pour avoir affaire seulement à une simple lésion de la faculté d'accommodation, à laquelle il est d'ailleurs si facile de remédier à l'aide de verres appropriés.

Nous n'ajouterons que quelques mots pour insister sur la possibilité d'improviser en quelque sorte une lunette panoptique lorsqu'on n'a pas cet instrument sous la main, en perçant une carte avec une aiguille, comme l'indique M. Serres, ou, si l'on veut employer les deux yeux en même temps, en remplaçant les verres des lunettes par deux morceaux de carton percés de trous dans l'axe des orbites. La distance qui sépare ces trous est variable, et c'est pour cela qu'il vaut mieux que les plaques de la lunette panoptique soient mobiles; mais, avec quelques tâtonnements, on arrivera bientôt à se confectionner un instrument propre à rendre les services qu'on attend de la lunette panoptique.

La Société de chirurgie tiendra sa séance annuelle le mercredi 1er juillet.

La mort vient d'enlever un des représentants les plus élevés de la science, M. le baron Thénard, ancien chancelier de l'Université et membre de l'Institut. Il y a quelques mois à peine l'illustre chimiste fondait la nouvelle Société de secours des Amis des sciences, destinée à venir en aide à de nobles infortunes.

Un des internes les plus distingués de nos hôpitaux, M. Saint-Germain, vient de succomber aux suites d'une piqûre anatomique.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

TABLE DES MATIÈRES

DU CINQUANTE-DEUXIÈME VOLUME.

A.

D.

E.



FIN DE LA TABLE DU TOME CINQUANTE-DEUXIÈME.

TYP. HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.